PSYCHOANALYSIS OF DEPRESSION

An International Collection of Papers

written by Freudians, Jungians, Kleinians, Lacanists, Reichians and Independent Psychoanalysts

Edited by prof. Mikhail Reshetnikov

St.-Petersburg
East-European Psychoanalytic Institute
2005

ПСИХОАНАЛИЗ ДЕПРЕССИЙ

Международный проект,

подготовленный фрейдистами, юнгианцами, кляйнианцами, лаканистами, райхианцами и независимыми аналитиками

Под редакцией проф. М. М. Решетникова

Санкт-Петербург
Восточно-Европейский Институт Психоанализа
2005

ББК 88.3
Пс86

Пс86 ПСИХОАНАЛИЗ ДЕПРЕССИЙ // Сборник статей под редакцией проф. М. М. Решетникова. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 164 с.
ISBN 5-88787-030-3

Перед читателем первое издание, где несколько представителей различных направлений в психоанализе (фрейдисты, юнгианцы, кляйнианцы, лаканисты, эго-психологи, райхианцы и независимые) преодолели «межконфессиональные» барьеры и представили свои теоретические подходы и клинический опыт, ранее, как правило, не известные за границами сообществ той или иной ориентации. В некотором смысле это первая попытка сравнительного исследования не только конкретной нозологической единицы, но и вклада различных направлений психоанализа в объяснение и понимание психодинамики депрессий.

Для психологов, психотерапевтов, психоаналитиков.

ББК 88.3

ISBN 5-88787-023-0

Содержание

Contents

«Голос разума негромок...»

В этой книге нам удалось реализовать чрезвычайно важную и еще недавно казавшуюся невозможной идею. Перед читателем первое издание, где несколько представителей различных направлений в психоанализе (фрейдисты, юнгианцы, кляйнианцы, лаканисты, эго-психологи, райхианцы и независимые) преодолели «межконфессиональные» барьеры и представили свои теоретические подходы и клинический опыт, ранее, как правило, не известные за границами сообществ той или иной ориентации. В некотором смысле это первая попытка сравнительного исследования не только конкретной нозологической единицы, но и вклада различных направлений психоанализа в объяснение и понимание психодинамики депрессий.

Вторая причина появления этого издания не менее существенна. Анализ современной специальной литературы показывает, что в психотерапии мы «немного» увлеклись проблемами теории и разработкой общеметодических принципов взаимодействия с пациентами, но только начинаем приближаться к постановке задачи частной психопатологии. На фоне обилия работ, посвященных общетерапевтическим подходам, лишь в качестве единичных встречаются монографические описания методических подходов к терапии конкретных нозологических форм: уже упомянутых депрессий, фобий, шизофрении, посттравматических стрессовых расстройств и др. В итоге все, кто к этому стремится, в избытке владеют знаниями, как надо стоить терапевтический процесс вообще, но не так уж просто найти что-либо прагматически ценное применительно к специфике конкретных форм психических расстройств. Поэтому создание таких тематических сборников представляется достаточно актуальной задачей.

Как редактору этой работы, что уже большая честь, мне особенно приятно выразить самую искреннюю благодарность за активную поддержку этого проекта моим друзьям, учителям и коллегам: Хорсту Кэхеле (Германия), Роберто Нойбургеру (Аргентина), Майклу Пайнзу (Англия), Саломону Featureзнику (Франция), Дэвиду Розену (Англия), Харольду Стерну (США), Майклу Стоуну (США) и Джейн Хейнц (Англия). Можно было бы также указать, в рамках

какого из направлений действует тот или иной автор, но мы не будем этого делать, потому что все мы принадлежим к той части уже общемировой науки и культуры, которую мы унаследовали от нашего общего предшественника Фрейда.

Возможно, нам не все удалось в этой книге. Но «кое-что» нам, вне сомнения, удалось: показать, что то, что нас объединяет, намного превосходит мелкие и всякие другие методические разногласия. Это счастье, что мы разные и не склонны к единомыслию. Мы — постсоветские русские, лучше других понимаем, как это дико — быть нетерпимым к другим точкам зрения или в почти религиозном экстазе верить в свою исключительность. И даже странно, что все это еще присутствует в современном психоанализе. Но, как писал Фрейд: «Голос разума не громок, но он заставляет себя слушать... Царство разума далеко, но не недосягаемо далеко»...[1]

Проф. М. Решетников
10.10.04

[1] *Freud Sigmund.* Die Zukunf Einer Illusion. GW. B. XIV. P. 379.

The voice of the intellect is a soft one...

With the publication of this book we have accomplished the realization of an important idea. For the first time the reader has access to the different psychoanalytic orientations approach to the problems of depressive illness: (Freudian, Jungian, Kleinian, Lacanian, Reichian and independent) who overcome their «confessional» barriers and share with the reader their theoretical approaches and clinical experiences, which have not been previously explored outside their respective professional communities. This is an original attempt at a comparative analysis not only of a nosological category, but also of different psychoanalytic approaches in the explanation and understanding of the psychodynamics of depression.

The reviews of professional literature show that in the field of psychotherapy we have over-emphasized the theoretical problems and the elaboration of general methodological principles of interaction with patients and at the same time neglected problems of concrete indications of psychopathology. Amongst the vast amount of publications devoted to clinical issues there only exist a few monographs on methodic approaches to the treatment of particular nosologic categories. This results in a situation whereby the reader is frustrated by the absence of practical information about specific forms of mental disorders. The publication of specific volumes like this is a timely goal, and I hope it is one which will become common practice.It is a great honor for me to be the editor of this book, and I want to express my sincere gratitude to my teachers, colleagues and friends who have give me their tireless support in this project: Dr.

Jane Haynes (UK), Prof. Dr. Horst Kaechele (Germany), Dr. Roberto Neuburger (Argentina), Prof. Dr. Malcolm Pines (UK), Prof. Dr. Salomon Resnik (France), Prof. Dr. David Rosen (UK), Dr. Harold Stern (USA), Prof. Dr. Michael Stone (USA). I shall not refer to their individual clinical orientations here because we are already united in the international discipline of psychoanalysis which we have inherited from our forefather Freud. It would not be possible for this book to fulfil all our clinical objectives in our studies of the science of depressive illness; but we have been able to demonstrate that our methodological differences are less important than the acknowledgment of our shared

understanding. As post-soviet Russians we already understand the importance of tolerance and the ability to value difference. Freud reminds us that «the voice of the intellect is a soft one, but it does not rest till it has gained a hearing...The primacy of the intellect is admittedly in the distant future, but not in an *indefinitely* distant future»[1].

Prof. Mikhail Reshetnikov, M.D., Ph.D.

10.10.04

[1] *Freud, S.* The Future of an Illusion: Penguin Freud Library 12 (1985). P. 238.

Марио ди Фиорино[1]

Психодинамика и психотерапия депрессий

Часть 1. От несуществующей субстанции к демонам и обратно...

Древность

Аффективные расстройства занимают особое место в психопатологии, уже хотя бы потому, что (после многочисленных пересмотров всяческих классификаций, которые почему-то каждый раз подаются, как новое слово в психиатрической науке) они единственные, которые именуются не болезнями, а расстройствами.

Мной был выражен скепсис относительно «нового слова в психиатрической науке», и необходимо объяснить — почему?

Обратимся к уже многовековой истории изучения аффективных расстройств, и сузим наш анализ до наиболее близкой мне темы — депрессии.

Первые попытки классификации аффективных расстройств мы обнаруживаем уже у древних греков (VII–VI вв. до н. э.), а затем в теории темпераментов Гиппократа (в V в. до н. э.) дается первое научное определение меланхолии, которое затем (уже во II веке н. э.) слегка модифицирует Гален, а еще через 2 тыс. лет И. П. Павлов.

Напомню, что в древности понятие меланхолии исходно связывалось с наименованием «черной желчи». В то время избытку

[1] Марио ди Фиорино —врач-психиатр, заведующий отделением психиатрии больницы «Версилия» (Италия). Статья написана в соавторстве с Михаилом Решетниковым и Мануэлой Гарульери.

именно этой субстанции приписывалась главная роль в этиологии меланхолии. При этом сам термин трактовался и использовался весьма широко — от констатации и характеристики безумия до попыток установления его связи с гениальностью. Например, Аристотель в своем сочинении «Проблемы» (IV век до н. э.) вопрошает: «Отчего все выдающиеся философы, поэты и художники — непременно меланхолики?» — имея в виду (и он пишет об этом) Платона и Сократа.

Характерно, что даже в те давние времена, хотя уже было известно и кровопускание (как метод терапии), и всяческие «психотропные» вещества (например, такой антидепрессант, как черемица или «черный корень», обладающая мощным рвотным и слабительным эффектом), этиология меланхолии объяснялась, фактически, глубоко материалистично — и Платон, и Аристотель, и Гален в лечении этого расстройства существенное внимание уделяли психическому воздействию, в частности — музыкотерапии и заботе о пациенте.

Затем Мишель Монтень в своих «Опытах» (1580) и чуть позднее Роберт Бертон (1612) также обнаруживают у себя меланхолию, несколько нарциссически подчеркивая, что это страдание сочетается с «необыкновенной проницательностью и прозорливым умом», а также ощущением «пустоты» вокруг, когда единственной темой исследования человек избирает себя самого.

Не обошел вниманием этот вопрос и Фридрих Ницше, написавший в 1871 «О Меланхолия, не гневайся, я заточу перо воспеть тебе хвалу...».

Характерная особенность: все упомянутые выдающиеся мыслители в ситуациях меланхолии обращались, как сказали бы мы сейчас, к самоанализу, к попытке понять причины своего страдания и преодолеть его через самовыражение...

Еще одно существенное примечание: и у древних, и в последующих изысканиях на протяжении почти всех двадцати веков нашей эры, гуморальная теория основывалась не столько на самой патологической субстанции («черной желчи»), сколько на представлениях о ее избыточности или недостаточности.

При этом в известном труде Гиппократа «О природе человека», где гуморальная теория выражена в наиболее законченном виде, здоровье определяется оптимальным соотношением четырех

жидкостей: крови, флегмы, желтой и черной желчи, из которых последняя — является гипотетической, а как мы сейчас знаем — несуществующей.

Но что существенно: со времен Гиппократа и по настоящее время абсолютно преобладающей является точка зрения, что ментальное расстройство всегда результат какой-то «организменной» (органической) патологии.

Гален (130–201 н. э.), казалось бы, ближе всех подходит к пониманию меланхолии. Он пишет, что при этом страдании все является «следствием разрушения воображения» и связано с одними и теми же факторами: «страхом и печалью. Меланхолики печальны без причины и не могут понять, почему они плачут». Но тут же, в русле господствующих представлений добавляет: во всем виновата желчь, которая «затрагивает само вещество мозга».

Еще одно существенное наблюдение: не только в гомеопатии, но и в медицине в целом, очень долго преобладал принцип лечения «подобного подобным». В данном случае имеется в виду, что против «черной желчи» совершенно не случайно самым эффективным оказался «черный корень». Теоретические представления (и, как мы видим, весьма сомнительные или даже ложные) явно определяли (и на века!) последующие практические подходы к терапии.

Средние века

Фома Аквинский (XIII век н. э.) связывал психические расстройства с поведением, страстями и грехом, при этом печаль относилась этим мыслителем к разделу «сладострастий» (когда субъект полностью вовлечен в свои переживания). Примечательно, что этим автором именно страсти рассматривались в качестве причин различных соматических реакций. Таким образом, психосоматический подход — это далеко не новое изобретение.

Но главными в средние века, безусловно, становятся демонологические подходы к психопатологии. А уныние и печаль становятся одним из грехов. Библия гласит: «Бесы наводят на душу уныние в предположении, не истощится ли ее [души] терпение в продолжительном ожидании милости Божией...». Данте (1265–1321) поме-

щает меланхоликов в ад, в наказание за то, что они были «печальны на свежем воздухе под ярким солнцем» (Ад, Песнь VII, 121–126).

Быть больным и страдающим становится постыдно.

Было бы неверно не отметить, что в средние века церковью рекомендовалось не запрещать себе греховные мысли, так как считалось, что в этом случае их сила только возрастает. Наоборот, рекомендовалось вступить в диалог с дьяволом и спросить его: «Кто ты? Чего ты хочешь?», а уже затем противопоставить ему силу слова Божьего. В частности, против демона печали рекомендовалась молитва следующего содержания: «Доколе, о Господи, будешь Ты предавать меня забвению? Доколе будешь Ты скрывать от меня лицо Свое? Доколе будет враг торжествовать надо мной?» (Псалом 13, 1–3).

Как бы не оценивались эти подходы, но здесь, безусловно, был прогресс, так как и причина страдания, и его проявления, также как и способы исцеления словом оказывались уже в душевной (или — в рамках современных представлений — в психической) сфере, и не объяснялись только некой якобы присутствующей в организме субстанцией.

Ренессанс

Однако в период Ренессанса (XIV–XVI вв.) происходит возврат к соматической теории меланхолии. Искусство и мыслители Ренессанса вновь возвращаются к представлениям о четырех жидкостях, что позволяло в рамках получивших широкое распространение эзотерических доктрин, магии и алхимии провести аналогию между макрокосмом и микрокосмом, Человеком и Вселенной. Но здесь мы встречаемся уже со смешением различных теорий, в частности, вдруг вспоминают, что когда-то к концепции четырех жидкостей или первичных элементов еще Аристотель добавил пятый элемент — эфир: нематериальный, созданный из божественной материи и относящийся к душе, без которого нельзя объяснить все сущее.

Эту концепцию разделяет и алхимия, и... церковь, говоря, что человек создан «по образу и подобию Божьему» из неорганической материи, и лишь затем он был наделен душой. Поэтому, несмотря на вроде бы регресс к предшествующим догмам, в период Ренессанса вводится представление о двух взаимосвязанных, но одновременно и независимых составляющих человеческого бытия: души и тела.

Тем не менее, даже такой выдающийся ум XVI века как Теофраст Бомбаст фон Гогенхейм (более известный под именем Парацельс, 1493–1541) считал, что все чувства могут быть объяснены при помощи «простой доктрины», а именно — все тех же четырех жидкостей. Описывая вполне современным нам языком клинику меланхолии и даже выделяя ее четыре вида (включая эндогенную и экзогенную меланхолию!), Парацельс, тем не менее, считал, что необходимости в специфическом лекарстве для этого расстройства нет. В последующем Парацельс отходит от классической схемы трех жидкостей и (в духе времени и торжества алхимии) формирует новую «концепцию» — о трех химически активных элементах: соли (связываемой с устойчивостью психики), серы (воспламеняемости) и ртути (активности).

В эпоху Возрождения существовало еще несколько теорий, но в целом этот период характеризуется возвратом к старым представлениям о неких субстанциях, от соотношения которых зависит психическое здоровье и болезнь.

Механицизм XVIII–XIX вв.

В XVIII веке начинается эпоха механицизма и человеческий организм рассматривается именно с этих позиций: как некий набор «инструментов» для жевания, переваривания и т. д., в лучшем случае — доходя до аналогии с некой гидравлической системой. Но и в новой концепции находится место для «черной желчи», однако она становится уже не причиной меланхолии, а специфической массой, которая, препятствуя перераспределению крови, посредством особых гидравлических механизмов, приводит к депрессии.

В этот период к меланхолии относились и навязчивости, и монотематический бред и ряд других психических расстройств. Остаются действующими и представления о злых духах. Однако одновременно появляются идеи о том, что характер относится не к телесной конституции, а к психической.

Эпоха Крепелина

Как известно, только в XVIII веке Сэмюэл Джонсон начал использовать термин «депрессия». А в 1854 году были одновременно опубликованы две исторические работы — Жана Пьера Фальре «О циркуляторном психозе» и Жюля Байарже, посвященные депрессивному расстройству, которое периодически сменяется маниакальным. В последующем этот подход был воспринят Эмилем Крепелином, и в его «Компендиуме по психиатрии» (1883) он на многие десятилетия был «канонизирован» как маниакально-депрессивный психоз, который, по мнению этого автора, является исключительно эндогенным.

Крепелин вообще был уверен, что у психических расстройств, как и у органической телесной патологии должны быть свои патогенетические факторы (при этом — вполне материальные, типа бактерий или повреждений мозговой ткани), и он делал только одну оговорку, что мы (в силу слабости наших технических возможностей) пока не можем их найти.

В чем слабость этого подхода? Мы знаем, что некоторые грибы и наркотики вызывают галлюцинации, но не пытаемся объяснить галлюцинаторный синдром наличием или отсутствием этих веществ. Но депрессии повезло меньше. Поиски тех или иных «субстанций», ответственных за это расстройство, растянулись на тысячелетия. И здесь уместно спросить: не эту ли же природу имеют представления об «избирательных ингибиторах обратного захвата нейромедиаторов», то есть — опять каких-то веществах, оптимальное соотношение которых оказалось вдруг нарушенным? И так ли уж несправедливо наименование одного из разделов психиатрии «воображаемой фармакологией»?

Таким образом, на протяжении всей истории донаучного и научного изучения депрессии, начиная от древнейших времен и до наших дней, ее главный патогенетический фактор, будь то «гипотетическая субстанция» — «черная желчь» (у Гиппократа) или «демоны» Средневековья, впрочем, как и серотонин — сейчас, всегда оказывался вне психики. И только Фрейд поместил его туда, где он и должен быть...

Часть 2. Фрейд о меланхолии

Одной из самых значимых работ в области внутренней картины психического страдания при депрессии является статья Фрейда «Скорбь и меланхолия» (1915), над которой он работал 11 лет.

В качестве одного из главных патогенных факторов (а точнее — ранней препозиции) в этиологии депрессий в психоанализе называют амбивалентные чувства и «ненависть к матери», связанные с такими феноменами как «плохая мать», «злая мать», «грешная мать», или, по Винникоту: «недостаточно хорошая мать»; а если более точно — не способная дать ребенку достаточно заботы и любви, но остающаяся бесконечно ценным (и одновременно утраченным или вообще — «неполученным») объектом привязанности. Эти идеи впервые были сформулированы Карлом Абрахамом в 1911 году в статье о Джованни Сегантини.

Здесь и далее может быть не только мать, а любой другой, бесконечно любимый и дорогой, но утраченный объект привязанности.

В последующем эти детские переживания материнской нелюбви вытесняются, и оказываются «неизвестными пациенту», но депрессивная препозиция сохраняется. И иногда для развития страдания требуется весьма незначительный или даже незаметный провоцирующий фактор. Как это проявляется?

Периодические расстройства настроения, когда уместен вопрос: «Ты чем-то расстроен?» — знакомы каждому. У этих расстройств есть та или иная, и обычно — рациональная, поддающаяся анализу и объяснению, связь с той или иной ситуацией или психической травмой. Фрейд обозначает это, как обычную «скорбь». В этих случаях, как правило, никому не приходит в голову обращаться к врачу или психологу.

В отличие от этого меланхолия (т. е. «тяжелая депрессия») является качественно иным состоянием. Фрейд отмечает, прежде всего, утрату интереса ко всему (внешнему миру), всеобъемлющую заторможенность, неспособность к какой-либо деятельности в сочетании с понижением чувства собственного достоинства, которое выражается в бесконечном потоке упреков и оскорбительных высказываний... по поводу собственной личности, в отдельных случаях — перерастающем в бредоподобное чувство вины и ожи-

дание наказания (за свои реальные или фантазийные прегрешения, которым, по ощущениям пациента, нет прощенья).

Фрейд называет это «величественным обеднением Я» (или личности), и отмечает, что если при скорби «мир становится бедным и пустым», то при меланхолии таким становится само Я.

Пациент подает себя как исключительно мерзкого, ни на что не способного, даже «отвратительного», и нередко удивляется тому, что терапевт связался и возится с таким недостойным человеком, как он. При этом страх, что терапевт в своем добром отношении неискренен, и воспринимает пациента столь же негативно, и думает о нем также точно, как и он сам, создает огромное сопротивление переносу и терапии в целом.

Дополним это примечание тем, что совершенно бесполезно разубеждать пациента в том, что это не так, ибо пациент бесконечно уверен, что все обстоит именно таким образом.

У терапевта здесь всегда есть опасность совершить «когнитивную ошибку», но для всей последующей терапии — гораздо важнее — избежать ее: ибо вовсе не «болезненное воображение» является причиной страдания пациента, а следствие тех внутренних (бессознательных) процессов, которые, по сути, «пожирают» его Я (или выражаясь общепсихологическим языком — его личность).

Меланхолик всегда преувеличивает и подчеркивает свои недостатки. Но мы всегда легко замечаем, что между его масштабным уничижением и его реальной личностью нет соответствия...

Главное, что сразу бросается в глаза большинству специалистов, что пациент производит впечатление терзаемого болью, чувством вины и раскаяния человека. Но это не впечатление, а реальность. Хотя и здесь есть специфика, которая не сразу бросается в глаза. В отличие от обычной или обыденной реакции раскаяния, которая многим знакома, у меланхолика нет стыда перед другими. Наоборот, он находит особое удовлетворение именно в последовательной, если не сказать — жесткой и жестокой самокомпрометации.

Эта специфика (в рамках психодинамической концепции) позволила Фрейду сделать предположение (затем многократно подтвержденное), что все эти упреки относятся не совсем к нему, или даже — совсем не к нему. И Фрейд дает ответ на вопрос, почему это происходит.

Он связывает это с фрагментацией Я (своеобразной «диссоциацией», «раздвоением» личности). При этом одна часть Я противопоставляет себя другой, критически оценивает ее, принимая ее за некий объект (точнее — утраченный объект), тогда как вторая часть Я практически полностью идентифицируется с этим утраченным объектом. Постепенно эта критическая инстанция смещается в Сверх-Я (моральное, карающее и наказующее, которое формируется на основе родительских запретов), что еще более усиливает тяжесть страдания.

Еще раз: как и почему это происходит? Поскольку бесконечно дорогой объект недоступен, он как бы «интроецируется», «поглощается», и становится частью личности пациента. И затем эти две ментальные представленности обоих объектов начинают непримиримую борьбу... внутри одной личности.

В этой же работе «Скорбь и меланхолия» Фрейд обращает внимание на ускользавшую ранее от интереса исследователей «утрату способности любить» и отдавать свою любовь другому. Неспособность кого-либо любить связана с тем, что у пациента уже «есть» любовь, с которой никто не может конкурировать — любовь огромная, неразделенная и неразделимая: между той частью личности, которая принадлежит пациенту и ментально «интроецированным» объектом внутри него.

Фрейд также говорит о том, что если обычная человеческая скорбь следует принципу реальности, то меланхолия идет путем парадокса. При скорби (в результате потери близкого человека, социального или материального статуса, родины и т. д.) психическое состояние и потеря интереса понятны, при меланхолии — это всегда загадка. Истинная причина — всегда вытеснена, то есть — недоступна осознанию пациентом без посторонней помощи, но она скрыта в его психике. Сразу сделаю примечание, что найти ее извне (то есть — психотерапевту) очень легко, но этого нельзя делать: ее должен найти сам пациент, и это должна быть исключительно его заслуга.

Поскольку пациент практически полностью погружается в мир собственных переживаний, при болезненной меланхолии ослабевает или даже утрачивается важнейшая из функций Я — функция тестирования реальности, без адекватности которой само существо-

вания личности превращается в нечто ирреальное. Нарушается сон, меланхолик как бы входит в бесконечное бодрствующее состояние, но одновременно стирается грань между этим заторможенным бодрствованием и ночными грезами. Меланхолик не то чтобы не может уснуть, а — в некотором смысле — просто «перестает просыпаться».

Фрейд отмечает, что если терпеливо слушать и анализировать самообвинения меланхолика, то очень скоро можно придти к выводу, что он говорит не о себе; и его слова самоуничижения гораздо больше относятся к тем, кого он любил, любит или должен был бы любить, но не может.

Говоря о себе, он говорит то, что хотел бы высказать покинувшему его объекту любви, но, с одной стороны — этот объект уже «внутри» него, а с другой — он остается бесконечно дорогим, поэтому «говорит» преимущественно та часть пациента, которая идентифицировалась с утраченным объектом, а вся злость, обида, ненависть и разочарование направляются пациентом на его собственную часть личности, то есть — на себя.

Психодинамический подход исходит из того, что выбор этого объекта (в свое время) скорее всего осуществлялся на нарциссической основе, а следовательно — такой же может быть и идентификация с этим объектом, то есть — нарциссическая идентификация, но в «извращенном» виде: если объект покинул меня, то это потому, что «я слишком плох, отвратителен или даже омерзителен».

Это, вероятно, один из самых сложных компонентов гипотезы Фрейда, поэтому вернемся к этой идее еще раз. Объект бесконечно любим, и столь же ненавистен; он как бы покинут, и одновременно — не может быть покинут; его нет, но он присутствует (в инкорпорированном виде), и эта неотторжимая привязанность находит убежище в нарциссической идентификации. Эго пациента (то есть — часть личности, обращенная вовне) становится этим замещающим объектом, но в отличие от амбивалентных чувств к утраченному объекту, в отношении Я проявляется преимущественно только ненависть. Потребность в наказании и возмездии — бесконечны. Поэтому именно (в моей интерпретации, в отличие от Фрейда) не идентифицировавшуюся с утраченным объектом часть (своего внутреннего) Я заставляют страдать, и находят в этом страдании хоть

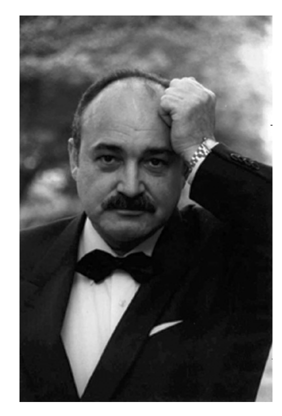
какое-то удовлетворение. Все садистические тенденции обращаются на собственную личность. Хотя исходно пациент, конечно, же хотел, чтобы страдал тот, кто причинил ему страдание.

Само же страдание в этих случаях обычно носит «конверсионную» природу: лучше быть неизлечимо больным, лучше полностью отказаться от какой бы то ни было активности, но только бы не проявить свою враждебность к объекту, который по-прежнему бесконечно дорог. Исходя из этого тезиса, чаще всего мы ищем и легко находим и первичный объект, и провоцирующую ситуацию в ближайшем (значимом) окружении пациента.

Два слова о суицидах депрессивных пациентов. Подобное развитие событий очень образно характеризовал Вильгельм Штекель: «Себя не убивает тот, кто не хочет убить другого...»

Фрейд отмечает, что меланхолический комплекс «ведет себя как открытая рана». То есть, он не защищен от внешних «инфекций» и исходно болезнен, и любые осложнения, а то — и просто «прикосновения» лишь усугубляют ситуацию и возможность заживления этой раны. Терапия — это также вариант «прикосновения», которое должно быть максимально деликатным, и в ряде случаев — требует предварительного «обезболивания».

Психоанализ — не против психофармакологии, он против ее необоснованного, изолированного и бесконтрольного применения.



Михаил Решетников[1]

Психодинамика депрессии

Краткое изложение психоаналитической концепции

В этом разделе вряд ли уместно повторять положения теории Фрейда о структурной и динамической организации психики. Я лишь еще раз напомню, что все эти структуры — бессознательное, Эго или Я, как непосредственная презентация личности, и Супер-эго, как структура совести или интроецированного образа родителя, являются гипотетическими, но наша практика многократно подтверждает, что эти гипотезы адекватны тому, что мы видим и с чем мы работаем у наших пациентов.

Если читатель впервые встречается с психоанализом, можно было бы порекомендовать предварительно ознакомиться (в любом справочнике или словаре) с теорией развития, теорией влечений, теорией объектных отношений, а также понятиями переноса, психической реальности и нарциссизма...

Зигмунд Фрейд и Карл Абрахам впервые связали возникновение депрессии с ситуацией утраты объекта (преимущественно — матери). В результате в последующем при воздействии провоцирующих (психических, физиологических, экологических

[1] М. М. Решетников, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа (Санкт-Петербург, Россия). Практикующий психотерапевт психоаналитической ориентации. Президент Национальной Федерации Психоанализа. Автор более 200 работ в области психотерапии, психологии массового поведения, экологических и социальных кризисов. E-mail: rector@oedipus.ru; veip@yandex.ru.

и т. д.) негативных факторов возникает регрессия к ранним стадиям психосексуального развития, в данном случае — именно к той стадии, на которой возникла патологическая фиксация, и в частности — к орально-садистической стадии, когда все влечения младенца концентрируются на материнской груди — этом первичном и самом важном объекте. Напомним также одно из самых известных изречений Фрейда, что два базисных чувства встречаются у материнской груди — любовь и голод. Утрата объекта в первую очередь бьет именно по этим чувствам (с этой точки зрения — и анорексия, впрочем, как и булимия, может рассматриваться как своеобразный поведенческий эквивалент или конверсионный вариант депрессии).

Одновременно с этим утраченный объект интроецируется в Эго, расщепляя его как бы на две части: собственное Эго пациента и часть Эго, которая практически полностью идентифицируется с утраченным объектом (еще раз, чаще всего — матерью), что, в свою очередь, вызывает фрагментацию и потерю энергии Эго.

Супер-эго реагирует на это, усиливает «давление» на Эго (выражаясь общепсихологическим языком — на личность), но в результате утраты интеграции и дифференцированности последнего Эго начинает реагировать на это давление большей частью как Эго утраченного объекта, на который проецируются все негативные и амбивалентные чувства пациента (а «отколовшаяся» часть, принадлежащая собственному Эго, обедняется и опустошается). Как следствие, негативные чувства, направленные на утраченный (воспринимаемый как предательский, гадкий или даже мерзкий) объект, концентрируются на самом себе.

Несколько слов о понятии «объект». В психоанализе объект может обозначать субъекта, часть субъекта (например, такой частичный объект, как материнская грудь) или другой предмет (например, соску) или часть предмета. Но, употребляя термин «объект», мы всегда подразумеваем его особую ценность (вначале для младенца, а затем и для взрослого). Объект всегда связан с влечением или удовлетворением того или иного влечения, всегда аффективно окрашен (любовью или ненавистью) и имеет устойчивые (с точки зрения реальности или психической реальности) признаки.

Автор понимает, что пока все это очень схематично и маловразумительно, и сразу адресует читателя к следующему разделу.

Фрейд о меланхолии[2]

Фрейд писал не только высокохудожественным, но и достаточно сложным для обыденного восприятия языком. Здесь предпринимается попытка немного упростить его изложение таким образом, чтобы оно могло быть воспринято не только аналитически ориентированными специалистами, но и широкой терапевтической аудиторией.

Периодические расстройства настроения, когда уместен вопрос: «Ты чем-то расстроен?» — знакомы каждому. У этих расстройств есть та или иная и обычно рациональная, поддающаяся анализу и объяснению связь с той или иной ситуацией или психической травмой. В такие периоды человек чувствует или даже демонстрирует снижение общей энергичности, некоторую заторможенность, погруженность в себя, определенное застревание на какой-то психотравмирующей теме с явным ограничением интереса ко всем другим, склонность к уединению или, наоборот, обсуждению этой темы с кем-то близким, а иногда и вовсе незнакомым. Конечно, при этом страдает и работоспособность, и самооценка, но *мы сохраняем способность действовать и взаимодействовать с другими, понимать себя и других, включая причины своего плохого настроения*, а также (в рамках сложившейся культуры) стараемся не проецировать свое состояние на окружающих («это не их проблемы»). Фрейд обозначает это как обычную «скорбь».

В этих случаях, как правило, никому не приходит в голову обращаться к врачу или психологу. И в типичной бытовой ситуации через некоторое время мы забываем и о своем расстройстве, и о ситуации, которая стала его причиной. И даже в тех случаях, когда мы продолжаем помнить о ней, она уже не вызывает у нас ощущения страдания. Такое поведение не воспринимается в качестве патологического, так как у него всегда есть причина и конкретное объяснение.

---

[2] Этот раздел подготовлен на основании аналитического прочтения работы З. Фрейда «Скорбь и меланхолия». См.: Вестник психоанализа, № 1'2002. С. 13–30.

В отличие от этого меланхолия (в данном случае термин «меланхолия» эквивалентен «тяжелой депрессии») является качественно иным состоянием. Фрейд отмечает прежде всего утрату интереса ко всему (внешнему миру), всеобъемлющую заторможенность, неспособность к какой-либо деятельности в сочетании с понижением чувства собственного достоинства, которое выражается в бесконечном потоке упреков и оскорбительных высказываний по поводу собственной личности, в отдельных случаях перерастающее в бредоподобное чувство вины и ожидание наказания (за свои реальные или фантазийные прегрешения, которым, по ощущениям пациента, нет прощения). Фрейд называет это «величественным обеднением Я» и отмечает, что если при скорби «мир становится бедным и пустым», то при меланхолии таким становится само Я.

Пациент подает себя как исключительно мерзкого, ни на что не способного, даже отвратительного и нередко удивляется тому, что терапевт связался и возится с таким недостойным человеком, как он. При этом страх, что терапевт в своем добром отношении неискренен, воспринимает пациента столь же негативно и думает о нем так же точно, как и он сам, создает огромное сопротивление переносу и терапии в целом.

Действительно, очень трудно общаться с такими пациентами, и если вам незнакомо или непонятно то, как они страдают, вряд ли вы сможете выдержать то всеобъемлющее недоверие, нескрываемый негативизм и пессимизм, которые они будут проецировать на вас и вашу работу.

Дополним это примечание тем (и Фрейд также говорит об этом), что совершенно бесполезно разубеждать пациента в том, что это не так, ибо пациент бесконечно уверен, что все обстоит именно таким образом, как он представляет в своем восприятии, в своих установках и в своем рассказе.

У терапевта здесь всегда есть опасность совершить «когнитивную ошибку», но для всей последующей терапии гораздо важнее избежать ее, ибо вовсе не «болезненное воображение» является причиной страдания пациента (хотя не только терапевт, но и сам пациент иногда так думает), а следствие тех внутренних (большей

частью бессознательных) процессов, которые, по сути, «пожирают» его Я.

Хотелось бы обратить внимание на еще одну специфику депрессивного пациента. Большинство из нас имеют множество слабостей, комплексов, непристойных и недостойных мыслей. Но мы прилагаем массу усилий, чтобы скрыть их от окружающих, наделяя одновременно и себя, и этих окружающих достаточно весомым перечнем достоинств. Меланхолик, наоборот, не скрывает, а выпячивает свои недостатки (общие для него и для нас всех). Но мы всегда легко замечаем, что между его масштабным (всеобъемлющим) уничижением и его реальной личностью нет соответствия... Хотя это знание и мало помогает нам в терапии.

Главное, что сразу бросается в глаза большинству специалистов, это то, что пациент производит впечатление терзаемого болью, чувством вины и раскаяния человека. Но это не впечатление, а реальность — это так и есть! Хотя и здесь есть специфика, которая не так очевидна. В отличие от обычной или обыденной реакции раскаяния, которая, я думаю, также многим знакома, у меланхолика нет стыда перед другими (еще раз напомню — за свои реальные или фантазийные прегрешения). Наоборот, он находит особое удовлетворение именно в последовательной, если не сказать жесткой и жестокой, самокомпрометации.

Эта специфика (в рамках психодинамической концепции) позволила сделать вывод, что все эти упреки относятся не совсем к нему или даже совсем не к нему. И Фрейд дает ответ на вопрос, почему это происходит. Он связывает это с уже упомянутой фрагментацией Я, при этом одна часть Я противопоставляет себя другой, критически оценивает ее, принимая ее за некий объект (точнее — утраченный объект), тогда как вторая часть Я практически полностью идентифицируется с этим утраченным объектом. Постепенно эта критическая инстанция смещается в Сверх-Я (моральное, карающее и наказующее), что еще более усиливает тяжесть страдания.

Обобщая такие болезненные ситуации, Фрейд объединяет их понятием утраты и связывает их с желанием чего-либо, ситуационно или вообще, недостижимого. К этому тезису мы еще вернемся.

В работе «Скорбь и меланхолия»[3] Фрейд обращает внимание на ускользавшую ранее от внимания исследователей «утрату способности любить» и на то, что, в отличие от скорби, когда есть реальная утрата кого-то близкого и дорогого или чего-либо ценного или даже бесценного, меланхолия, то есть депрессия, вовсе не обязательно апеллирует к реальным утратам, или, как отмечает Фрейд, в большинстве случаев «нельзя точно установить, что именно было потеряно». И сам пациент этого не знает. То есть, по образному выражению Н. М. Савченковой[4], речь идет не о «лишенности обладания», а об «обладании лишенностью».

Ценность этого «обладания» особенно сильно проявляется на заключительных этапах терапии, так как «обладание лишенностью» — это все-таки «обладание» чем-то, в некотором смысле — последняя возможная форма обладания, связанная с утраченным объектом, а терапевт (пусть и с благими намерениями) выступает в роли того, кто хочет «отобрать» «и это последнее».

Иногда утрата может быть даже известна пациенту, но здесь также имеется весьма специфическая особенность: он может знать, кого или что он потерял, но не может сколько-нибудь адекватно описать (и, соответственно, не понимает), *что* он утратил. Это последнее *что,* таким образом, принадлежит бессознательному (в отличие от скорби, когда утрата вполне осознаваема).

Фрейд также говорит о том, что если обычная человеческая скорбь следует принципу реальности, то меланхолия идет путем парадокса. При скорби (в результате потери близкого человека, социального или материального статуса, родины и т. д.) психическое состояние и потеря интереса понятны, при меланхолии — это всегда загадка.

При болезненной меланхолии ослабевает или даже утрачивается важнейшая из функций Я — функция тестирования реальности, без адекватности которой само существование личности превращается в нечто ирреальное.

Нарушается сон, меланхолик как бы входит в бесконечное бодрствующее состояние, но одновременно стирается грань между

[3] Над этой статьей Фрейд думал и работал 11 лет — с 1894 по 1915 г.

[4] *Савченкова Н. М.* Обладание лишенностью // Вестник психоанализа, № 1'2002. С. 9–13.

этим заторможенным бодрствованием и ночными грезами. Меланхолик не то чтобы не может уснуть, а — в некотором смысле — просто «перестает просыпаться».

Как уже отмечалось, в отличие от обычной скорби при меланхолии резко снижается самооценка. Потоки самообвинений и бесконечного самоуничижения — наиболее частый вариант вербального материала у таких пациентов. При этом разубеждать пациента, повторим еще раз, бессмысленно, так как одна из составляющих его расстройства как раз и состоит в убежденности, что все обстоит именно так, как он воспринимает. Я еще раз подчеркну — ему не «кажется», это не ошибка восприятия, а именно так оно и есть в его психической реальности.

Садистический компонент депрессии

Фрейд отмечает, что если терпеливо слушать и анализировать самообвинения меланхолика, то очень скоро можно прийти к выводу, что он говорит не о себе и его слова самоуничижения гораздо больше относятся к тем, кого он любил или любит или должен был бы любить, но не может. И, как правило, за этими словами всегда есть какое-то основание.

Одновременно Фрейд отмечает, что меланхолик начинает видеть наши общие — человеческие — недостатки гораздо яснее, без какой-либо культурной цензуры. Но... практически все их относит к себе. Фрейд даже изумляется, говоря, неужели нужно было заболеть, чтобы так ясно (почти психоаналитически) увидеть человеческую природу (без ее культурного обрамления)?

В своей фундаментальной статье Фрейд особенно подчеркивает, что причина меланхолии всегда имеет отношение к утрате какого-то объекта — воображаемого или реального, но в терапии мы прежде всего видим утрату собственного Я пациента. Или — раздавленность, расщепленность (диссоциированность)[5] этого Я.

[5] Но не стоит путать это определение с диссоциативным расстройством личности (DID), то есть тем, что до недавнего времени определялось как «множественное личностное расстройство» (MPD). DID является сложной хронической психопатологией, при которой происходит расстройство личности и памяти. Диагностическими критериями DSM-IV этого расстройства являются следующие: а) наличие двух или более четких тождественностей (каждая со своей собственной, относительно устойчивой моделью восприятия, контактов и взглядов на окружающую среду и себя); б) по крайней мере, две из этих тождественностей периодически получают контроль над поведением больного; в) неспособность вспомнить важную информацию личного свойства, при этом настолько обширная, что ее нельзя объяснить простой забывчивостью; г) как правило, это расстройство не связано с прямыми физическими или физиологическими воздействиями.

Исходя из этих представлений и формулируется одна из возможных (или, точнее, одна из важнейших) гипотез: когда объект утрачен (или отношения с ним потерпели крах), но субъект не может оторвать от него свою привязанность (энергию либидо), эта энергия направляется на Я, которое в результате как бы расщепляется, а с другой стороны, трансформируется, отождествляясь с утраченным объектом. Таким образом, утрата объекта превращается в утрату Я. В результате утраты объекта как бы не происходит, либидо не смещается с этого объекта на другой, а «отступает в Я».

При этом все жизненные потоки как бы замыкаются в отношениях между Я и «суррогатным» объектом или, если быть более точным, между фрагментом Я, принадлежащим личности, и фрагментом Я, идентифицировавшимся с объектом. Вся энергия концентрируется внутри, «изолируясь» от внешней активности и реальности в целом. Но поскольку этой энергии много — она ищет выход и находит его, трансформируясь в бесконечную душевную боль (боль — в ее исходном звучании, существующая безотносительно чего-либо, так же как материя, энергия и т. д.).

Вторая составляющая гипотезы Фрейда исходит из возникновения мощных агрессивных чувств, направленных на не оправдавший ожиданий объект. Но так как последний остается объектом привязанности, эти чувства направляются не на объект, а опять же на Я, которое (под воздействием этих мощных чувств) расщепляется. И мы снова приходим к тому же выводу: утрата объекта превращается в утрату Я. При этом Супер-эго (инстанция совести) учиняет жесточайший и бескомпромиссный «суд» над собственным Я, как над этим не оправдавшим ожидания объектом.

Фрейд пишет:

> «...Концентрацию меланхолика на своем объекте постигла двоякая участь: отчасти она регрессировала к отождествлению, другая

ее часть под влиянием амбивалентного конфликта вернулась на близкую к ней ступень садизма... Если любовь к объекту, которая не может прекратиться, тогда как сам объект покинут, нашла спасение в нарциссическом отождествлении, то по отношению к этому эрзац-объекту обнаруживается ненависть — обнаруживается в том, что его бранят, унижают, заставляют страдать и находят в этом страдании садистическое удовлетворение»[6].

Практически всегда в клинической картине присутствует еще один очень важный феномен: мысль о невозможности утраты становится более значимой и реальной, чем то, произошла ли (и неважно, как давно) эта утрата или нет, или есть только угроза того, что она произойдет. В данном случае важно лишь то, что существовала и существует сильнейшая фиксация на объекте любви и привязанности, а также то, что эта любовь и привязанность никогда не были удовлетворены (или — пусть даже присутствует только угроза их удовлетворению).

Психодинамический подход исходит из того, что выбор этого объекта (в свое время), скорее всего, осуществлялся на нарциссической основе, а следовательно, такой же может быть и идентификация с этим объектом, то есть нарциссическая идентификация, но в «извращенном» виде: если объект покинул меня, то это потому, что «я слишком плох, отвратителен или даже омерзителен». При такой нарциссической идентификации возможен регресс даже к дообъектным отношениям, которые Фрейд образно определял как «дыру в психическом».

Это, вероятно, один из самых сложных компонентов гипотезы Фрейда, поэтому вернемся к этой идее еще раз. Объект бесконечно любим и столь же ненавистен, он как бы покинут и одновременно не может быть покинут, его нет, но он присутствует (в инкорпорированном виде), и эта неотторжимая привязанность находит убежище в нарциссической идентификации. Эго пациента становится этим замещающим объектом, но, в отличие от амбивалентных чувств к утраченному объекту, в отношении собственного Я проявляется

[6] См.: *Фрейд З.* Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа, № 1'2002. С. 13–30.

преимущественно только ненависть. Потребности в наказании и возмездии — бесконечны. Поэтому именно идентифицировавшееся с утраченным объектом Я заставляют страдать и находят в этом страдании хоть какое-то удовлетворение. Все садистические тенденции обращаются на собственную личность. При этом садистический компонент, как уже отмечалось, перемещается в Супер-эго и обращается против Эго. Поэтому в терапии апелляция и к первому, и ко второму фактически бесполезна. Само же страдание носит «конверсионную» природу: лучше быть неизлечимо больным, лучше полностью отказаться от какой бы то ни было активности, но только бы не проявить свою враждебность к объекту, который по-прежнему бесконечно дорог. Исходя из этого тезиса, чаще всего мы ищем и легко находим объект в ближайшем (значимом) окружении пациента. Но это знание также не облегчает терапию, а лишь позволяет объяснить некоторые характерные феномены переноса и регресса в ее процессе.

Регресс иногда смещается вплоть до орально-каннибалистической фазы, с бессознательным желанием поглощения (уже не психического, а «физического» инкорпорирования) объекта. И одновременно существует страх этого поглощения, которым отчасти может быть объяснен отказ от пищи и другие варианты ограничительного поведения, включая уже упомянутую булимию, скрытый смысл которой можно было бы выразить фразой: «Лучше поглощать немыслимое количество пищи и превратиться в нечто бесформенное — только бы не “поглотить” объект!».

Фрейд делает очень поэтичные сравнения: «Тень [утраченного] объекта падает на Я» — и Я оказывается, таким образом, всегда в тени, «в нем больше нет солнца». При этом утраченный объект, как магнит, притягивает все мысли и чувства, а так как его больше нет — он притягивает их в никуда. Вся сила привязанности к конкретному объекту трансформируется в болезненную привязанность к утрате, которая уже не имеет ни имени, ни названия.

В процессе терапии активируются то одни, то другие воспоминания, но все они отличаются своеобразной монотонностью, апелляцией к чему-то, что уже существует само по себе, и да-

же — вне связи с объектом. Это как бы негативный аффект в чистом виде...

Фрейд отмечает, что меланхолический комплекс «ведет себя как открытая рана». То есть он не защищен от внешних «инфекций» и исходно болезнен, и любые осложнения, а то и просто «прикосновения» (пусть даже вообще никак не связанные с утраченным объектом) лишь усугубляют ситуацию и возможность заживления этой раны. Терапия — это также вариант «прикосновения», которое должно быть максимально деликатным, и в ряде случаев требует предварительного обезболивания с применением психотропных средств. Психоанализ не против психофармакологии, он против ее необоснованного, изолированного и бесконтрольного применения.

В конце своей фундаментальной работы Фрейд отмечает, что эта бесконечная борьба амбивалентных чувств постепенно может истощаться, и параллельно ослабевает фиксация либидо на объекте. Второй обозначенный Фрейдом механизм состоит в том, что процесс в бессознательном заканчивается как бы в режиме некой «саморегуляции», после того как объект наконец теряет ценность и может быть «брошен».

Увы, эти выводы не много добавляют к нашим знаниям и особенно — в отношении прагматических знаний, позволяющих хоть как-то проецировать их на терапию. Фрейд и сам сознает это и пишет на последней странице своей работы: «У нас нет представления о том, какая из этих двух возможностей обычно или преимущественно кладет конец меланхолии...», имея в виду в данном случае — вне терапии.

Фрейд практически не писал о терапии, так как считал, что ориентация на технику всегда идет в ущерб пониманию психодинамики, которая имеет некоторые общие закономерности и тем не менее всегда чрезвычайно индивидуально представлена в каждом конкретном случае. Но, вероятно, читатель был бы сильно разочарован, если бы мы закончили этой констатацией. И безусловно, мы еще обратимся к психотерапии депрессий, но вначале дополним понимание ее психодинамики, апеллируя к более поздним работам классиков.

Карл Абрахам

К. Абрахам[7] рассматривал депрессию с точки зрения психологии развития и пытался понять депрессию в контексте «истории развития либидо», то есть истории влечений.

Он, в частности, отмечал, что для депрессивных пациентов типичной является история жизни, когда в раннем детстве они сталкиваются с трудностями, связанными с появлением в семье второго ребенка. Но типичны также и случаи, когда в жизни людей имели место реальные утраты. Лишение в раннем возрасте одного или обоих родителей вследствие смерти, болезни или развода или даже в результате простого частого отсутствия или утраты возможности уважать последних может привести в действие механизм «поглощения», с помощью которого ребенок пытается справиться с болью утраты. Еще раз вернемся к термину «поглощение». Что это значит? Происходит интроекция объекта любви, и далее человек может находиться всю жизнь в противостоянии с интроецированным объектом (и всеми последующими значимыми объектами эмоциональной привязанности).

На психоаналитическом конгрессе в Веймаре в 1911 году Абрахам говорил также о связи депрессии с неудовлетворенными желаниями. Депрессия возникает вследствие отказа от желаемого, но недостижимого объекта, который не может дать ожидаемого удовлетворения. Нелюбимый или недолюбленный (или воспринимающий себя таковым), так же как и обманутый в своих детских и самых чистых привязанностях, человек, как следствие, оказывается неспособным любить и... разочаровывается в жизни, до тех пор пока ему не удается приобрести более позитивный опыт. Этот новый позитивный опыт и является одной из задач терапии.

Абрахам признавал центральным моментом депрессивного процесса борьбу противоречивых импульсов любви и ненависти. Другими словами: любовь не находит отклика, а ненависть, вытесненная вовнутрь, парализует, лишает человека способности к рациональной деятельности и повергает его в состояние глубо-

[7] *Abraham K.* Notes on the Psycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions //Essential Papers on Depression. New York. International Universities Press, 1985. P. 31–48.

кой неуверенности в самом себе. Характерно, что при депрессии личность чаще всего проецирует свою проблему вовне. Человек говорит: «Не я не способен любить, не я ненавижу, это другие меня не любят и ненавидят из-за моих (психических или физических) недостатков. Поэтому я так несчастен». Для психодинамически ориентированного специалиста здесь нет ничего удивительного: пациенту всегда легче объяснить свою депрессию тем, что другие его не любят и ненавидят, чем понять, что это он сам не может любить и находится под гнетом амбивалентных чувств, в которых ненависть всегда более очевидна. Но это бессознательное присутствие неспособности любить приносит тяжелейшие страдания, так как чувство любви — одна из величайших витальных потребностей. Невозможность реализовать эту потребность вызывает чувство неполноценности, которое — в свою очередь — дает множество поводов к самообвинениям, а также имеет ряд других последствий: межличностных, профессиональных и сексуальных.

Мелани Кляйн

Кляйн[8] на основе клинического опыта пришла к выводу о существовании чрезвычайно тесной связи между инфантильной депрессивной позицией и феноменом скорби и меланхолии. Она исходила из того, что в период отлучения от груди у ребенка формируется депрессивная позиция, в основе которой лежит неосознаваемое чувство утраты, включая ощущения утраты любви и безопасности, к которым закономерно присоединяются деструктивные импульсы, направленные на материнскую грудь (как на утраченный или только утрачиваемый первичный объект, исходно символизирующий мать в целом).

Кляйн апеллирует к довербальным стадиям развития, и речь, естественно, идет о досознательном уровне формирования личности, где присутствуют преимущественно реакции удовольствия/неудовольствия. Удовлетворение от сосания материнской груди формирует представление о ней как о «хорошем» объекте. Отсутствие груди или отнятие от груди вызывает довербальные

[8] *Кляйн М., Айзекс С., Райверн Дж., Хайман П.* Развитие в психоанализе. М.: Академический проект, 2001. С. 512.

представления о «плохой» груди. Ребенок неосознанно проецирует свою любовь на хорошую грудь и свою агрессию — на плохую (внимательные матери хорошо знают это поведение). Именно здесь возникает первый дуализм влечений и формируется первый опыт амбивалентности одновременно с первым опытом объектных отношений (напомним, что первый опыт — самый важный и нередко является прототипом всех последующих). При этом объект исходно наделяется «фантазматической» властью: «хорошая грудь — ублажает», «плохая грудь — наказывает». Таким образом, грудь становится одновременно и первым расщепленным объектом. В последующем аналогичные реакции возникают и на целостный объект — мать как субъект (а возможно, и все последующие объекты привязанности).

В процессе нормального развития ребенка и в результате адекватного преодоления этой фазы формируется целостный образ матери (как прообраз всех других целостных объектов). Но даже при нормальном преодолении эта утрата (груди) может в течение какого-то времени проецироваться на реальных или даже фантазийных братьев и сестер (особенно младших), воспринимаемых в качестве потенциальных «агрессоров» и «захватчиков» утраченного объекта, что, естественно, вызывает «ответное» чувство агрессии к ним. При абнормальном протекании этой фазы все упомянутые чувства, соответственно, трансформируются в патологические, обусловливая все последующие отношения с окружающими, как родительскими, так и братско-сестринскими, фигурами (нередко — на протяжении всей жизни). Таким образом, здесь мы еще раз возвращаемся к уже многократно транслированной идее Гохе (1912), что этиологические факторы в психиатрии, внешние или внутренние, являются только побуждающими; они приводят в действие уже имеющиеся механизмы, возможно, связанные с конституциональными и онтогенетическими особенностями конкретного пациента, а возможно, присутствующие в любой психике[9].

Депрессивные пациенты, в рамках этих двух гипотез, не смогли пройти или не имели нормальных условий для прохождения

[9] См.: *Решетников М. М.* Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии // Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. С. 206–220.

депрессивной позиции, и в результате при возникновении любых неблагоприятных или провоцирующих условий, как отмечает Кляйн, «младенческая депрессивная позиция реактивируется в полную силу».

Методологические коллизии

Динамическая теория депрессии имеет свою историю, и весьма интересную, как недавно стало известно благодаря работе Ульрики Мэй[10]. Как установила автор, несмотря на постоянные усилия Фрейда (начиная с 1890 года) разработать теорию депрессии, именно Абрахам первым преуспел в этом, при этом — за несколько лет до публикации статьи Фрейда «Скорбь и меланхолия». Впервые новые подходы к отношениям «мать—сын» формулируются Абрахамом еще в 1911 году в статье «Джованни Сегантини. Психоаналитическое исследование», основной темой которой является понятие «плохая мать» и вытесненная ненависть к матери как главные патогенные факторы в этиологии депрессии. Ранние разработки Фрейда (1890 года) включали лишь несколько строк, где он отмечал, что меланхолия развивается вследствие психических факторов. В знаменитой рукописи об Эдипе (1897) Фрейд предполагает, что меланхолия возникает в результате вытеснения желания смерти, направленного на родителя того же пола (возникающего как следствие эдипальной ревности). Одновременно с этим Фрейд формулирует «соматическую гипотезу депрессии», так как последняя «приходит и уходит» с автономной регулярностью, чего не должно было бы быть в результате психогении.

Я думаю, что было бы неверно не прислушаться к этому тезису и не учитывать соматический компонент депрессий, одновременно с этим не забывая и о психосоматических отношениях, и о более поздних представлениях, что психическая деятельность также имеет свою автономную периодичность, включая периоды творческого подъема, спада и... депрессий. Эта автономность (в рамках психосоматических отношений) может быть связана с сезонным колебанием уровня половых гормонов, на роль которых в переписке

[10] *May U.* Abraham's Discovery of the «Bad Mother». A contribution to the History of Depression. Int. J. Psychoanal. 2001. 82, 283.

с Фрейдом указывал Флисс, а также с генетическими факторами, значение которых в этиологии депрессий обсуждалось в переписке Фрейда и Бинсвангера в 1909 году. В 1911 году выходит книга Штекеля «Неврозы...», где он также приводит описание случаев терапии двух депрессивных пациентов и утверждает, что в их основе лежали неразрешимые конфликты, касающиеся «мотивов любви». За год до этого, в 1910 году, в венских психоаналитических кругах состоялась серьезная и протяженная дискуссия «О студенческом суициде», где Штекелем в качестве одной из причин суицида было выдвинуто чувство вины вследствие желания смерти другому человеку: «Себя не убивает тот, кто не хочет убить другого или, по крайней мере, не желает смерти другому». В 1911 году выходит уже упомянутая работа Абрахама «Джованни Сегантини...», а в сентябре 1911 года на III Международном Психоаналитическом Конгрессе Абрахам делает доклад «Психосексуальное основание состояний депрессии и экзальтации», который был опубликован в 1912 году под названием «Заметки о психоаналитическом исследовании и лечении маниакально-депрессивного заболевания и подобных состояний». Эти публикации рассматриваются как первый вклад Абрахама в теорию и терапию депрессий. Примечательно, что Абрахам использует в этих работах для определения патогенной матери не только термин «плохая», но — с равной значимостью — «злая» и «грешная».

Что существенно нового в подходе Абрахама[11] и где он самым серьезным образом расходится с Фрейдом? Прежде всего отличие состояло в гипотезе о ненависти к матери, так как в тот период времени Фрейд (в рамках постулированного им позитивного Эдипова комплекса) предполагал, что желания сына, направленные на мать, имеют преимущественно либидинальную природу и нежно-эротически окрашены (тревожность, враждебность, вина и желание смерти, опять же — в рамках ранней психоаналитической концепции — допускались лишь в отношении сиблингов или отца). Даже в исследовании о Леонардо да Винчи (1910), которого мать оставила в раннем возрасте, Фрейд и гипотетически не упоминает о возможном чувстве разочарования или обиды. Ранний Фрейд вообще предпочитал объяснения, не апеллирующие к индивиду-

[11] Этот подход был сформулирован намного раньше Фрейда и Кляйн.

альному опыту: «отсутствие пениса» и, как следствие, «зависть к пенису» — были для него объективным фактором, а «плохая мать» — нет. И даже в работе «Особый тип объектного выбора у мужчин» (1910), где анализируются ситуации, когда сын обнаруживает «неверность» матери, наслаждающейся сексуальными отношениями с отцом[12], Фрейд пишет лишь о возможном моральном осуждении матери/женщины как «шлюхи». Мать обесценивается, но эта черта все равно делает ее привлекательной: здесь нет и намека на ненависть. Абрахам, напротив, возводит чувство разочарования в матери или в материнской любви в ранг самостоятельного патогенного фактора. Безусловно, Фрейд идеализировал отношения с матерью и даже не пытался анализировать возможные «коллизии» раннего развития, оставаясь заложником своих индивидуальных ощущений и воспоминаний.

В начале 1911 года Альфред Адлер представил на обсуждение свою статью, где писал об агрессии и ненависти к матери, отрицая значимость либидо и, таким образом, входя в серьезные противоречия с Фрейдом. Первичным фактором, по мнению Адлера, является не любовь, а именно ненависть, при этом избыток любви к матери и возвеличивание материнства рассматривались как гиперкомпенсация первичной ненависти. Некоторые историографы психоанализа считают, что именно это обсуждение и повлекло исключение Адлера из Венского общества. Ульрика Мэй предполагает, что и разрыв с Юнгом имел ту же причину, а именно — он ознаменовался публикацией книги «Символы трансформации»[13] (1911–1912), где мифологемы «ужасной матери» или «страшной матери» встречались неоднократно. Таким образом, Абрахам был не одинок в своей идее «плохой матери», но в отличие от других «отступников» он каким-то образом сумел удержаться в рамках теории и ближайшего окружения Фрейда, соглашаясь с последним (в отличие от Адлера и Юнга), что и садизм, и ненависть — это «компоненты либидо».

[12] Что, по Фрейду, во взрослом состоянии может приводить к избирательной любви к женщинам «с плохой сексуальной репутацией» или — желательно — принадлежащим другим мужчинам.

[13] В России эта книга вышла под следующим названием: *Юнг К.* Либидо, его метаморфозы и символы. СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994. Разделы «Символы матери и возрождения» и «Борьба за освобождение от матери» см. на с. 213–305.

В заключение этого раздела отметим, что, посвящая свою первую книгу своему аналитику Карлу Абрахаму, Мелани Кляйн пишет, что именно он был связующим звеном между ней и Фрейдом. И хотя концепцию «хорошей/плохой матери» обычно соотносят с именем Мелани Кляйн[14], мы, безусловно, должны воздать здесь должное Карлу Абрахаму.

[14] См., например: *Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу. М.: Высшая школа, 1996. С. 564–565.



Джейн Хейнс[1]

Состояния депрессивного отчаяния: отсутствие языка выражения[2]

С клинически депрессивными пациентами так сложно работать оттого, что они слишком апатичны, чтобы просто разговаривать, не говоря уже о том, чтобы использовать сложный синтаксис, необходимый для психологического самовыражения. Когда они все же говорят, их язык зачастую скуден, в нем отсутствует самовыражение через воображение, метафору и символическое отношение, которые могли бы дать терапевту доступ во внутренний мир пациента. Этот внутренний мир напоминает дом, из которого судебные приставы вынесли всю мебель, — он лишен всех символических сооружений и конструкций. *Депрессивных пациентов интересует только возможность выздоровления: сможет ли терапевт их вылечить?* В терапии депрессивного страдания мало что изменилось с тех пор, как Чехов сказал: «Если против какой-нибудь болезни

[1] Джейн Хейнс (Jane Haynes) — частнопрактикующий психоаналитик (Лондон), специализируется на работе с парами и семьями, изучает проблемы творчества, самовыражения, бесплодия. Сотрудничает с Лондонским Университетом, Московской школой политических исследований и Восточно-Европейским Институтом Психоанализа (Санкт-Петербург). Является Почетным доктором ВЕИП. E-mail: janehaynes@brookies.net

[2] Специально для русского издания «Психоанализа депрессий...».

предлагается очень много средств, то значит, болезнь неизлечима» (McVay: 1994).

Мы до сих пор не знаем, что вызывает депрессию, почему одни люди более предрасположены к ней, чем другие, почему некоторым помогают медикаменты и/или терапия, а другим становится только хуже. Симптомы во все времена были неизменными, хотя в различных культурах их относят к различным органам. Часто подчеркивается, что всему виной слабое сердце, как у племени йоруба в Нигерии и у турков в Иране. Говорят, что у калули в Новой Гвинее нет слова для обозначения депрессии, возможно, потому, что эта культура дает людям возможность долгого оплакивания и скорби. В целом это соответствует представлениям Фрейда и многих других теоретиков, согласно которым депрессия связана с утратами, символическими или реальными. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин в 1921 году оставил нам клиническое описание этого состояния:

> «Он (*депрессивный пациент. — М.Р.*) чувствует себя одиноким, неописуемо несчастным; это обездоленное судьбой создание скептически относится к идее Бога и с тупой покорностью отвергает комфорт и любой проблеск света; изо дня в день он влачит свое существование, и все его раздражает, все утомляет — компания, музыка, путешествия, работа. Он видит во всем лишь темные стороны и сложности; одно разочарование следует за другим; он чувствует себя лишним в этом мире и не может больше сдерживаться; ему приходит в голову, неизвестно почему, мысль о самоубийстве».

Мы продолжаем подразделять депрессии на две основные категории, которые вводятся в работах психиатра девятнадцатого столетия Пауля Мебиуса; он разграничил эндогенные и экзогенные формы этого страдания, считая, что одно отражает наследственную предрасположенность, а другое связано с жизненными событиями. Ключевой концепцией в понимании эндогенной депрессии является ее наследуемость, то есть та степень, в которой предрасположенность к депрессии связана с генами или средой. Для оценки генетического фактора мы должны во время сбора анамнеза тщательно исследовать историю всей семьи и отношений в ней, чтобы увидеть, в какой степени этой формой психопатологии страдали

другие члены семьи. Продолжающиеся исследования близнецов подтверждают наличие генетического компонента во многих необъяснимых случаях депрессии. Здесь я во время сбора анамнеза делаю важное клиническое разграничение. Вне зависимости от содержания рекомендательного письма от врача общей практики или психиатра я всегда интересуюсь, страдал ли пациент когда-либо от депрессивного эпизода, который как-либо ограничивал его жизнь. Если ответ утвердительный, я собираю полную и исчерпывающую информацию об этом случае, а также спрашиваю о психическом здоровье родителей и сиблингов. Если же у пациента не было депрессивного эпизода, я пытаюсь забыть содержание рекомендательного письма и прошу его говорить — не обязательно о своем прошлом или о том, какие жалобы привели его в терапию, но о чем он хочет говорить *«прямо сейчас»*.

Существенное влияние на понимание экзогенной депрессии оказала идея Фрейда о ее связи со скорбью утраты, а также его предположение, что меланхолия связана с утратой объекта, которая устраняется или вытесняется из сознания и в которой наряду с любовью к утраченному объекту часто кроется агрессия. Сегодня большинство клиницистов согласится с тем, что «спусковым крючком» для депрессии являются жизненные события, к которым относится глубокая утрата, будь то потеря любимых людей или собственных *жизненных амбиций и иллюзий*, а также временное или постоянное снижение самооценки.

Согласно классическим психоаналитическим теориям, которые разработали Абрахам (Брайан, Стрейчи, 1965), Фрейд и Кляйн, депрессия, как и скорбь, скрывает в себе агрессию к утраченному человеку или объекту. В классическом отрывке из работы Фрейда «Скорбь и меланхолия» говорится:

> «Отличительными ментальными характеристиками меланхолии являются болезненное уныние, отсутствие интереса к внешнему миру, утрата способности любить, торможение всякой активности и снижение уважения к себе в такой степени, что это доходит до упреков в свой адрес и порицания себя и кульминирует в бредовом ожидании наказания. Эта картина становится несколько более понятной, когда мы учитываем, что, за одним исключением, эти черты характерны и для скорби. Снижение уважения к себе при скорби отсутствует, но остальные черты те же. Глубокая скорбь как реакция на утрату любимого человека означает такое же болезненное состояние психики, отсутствие интереса к внешнему миру, если он не напоминает о любимом, потерю способности воспринять новый объект любви (что означает замену старого) и отказ от любой деятельности, не связанной с мыслями о нем».
>
> *Фрейд, 1915*

Согласно теории Кляйн происхождение большинства депрессий восходит к периоду отлучения от груди с его пугающими переживаниями утраты хорошей груди и завистливыми атаками ребенка на мать. Для Кляйн важная символическая стадия развития связана с депрессивной позицией, тогда как примитивные эмоциональные состояния характеризуются шизоидно-параноидными состояниями психики. При оптимальном ходе эмоционального развития эти состояния становятся менее поляризованными и затем воссоединяются при переходе к депрессивной позиции, для которой характерна забота о других людях и ответственность за них.

Однако было бы ошибкой считать, что концепция «депрессивной позиции», по Мелани Кляйн, связана с клинической депрессией; между ними не больше сходства, чем между рябью на воде и волной прилива. Когда пациенты переходят к депрессивной позиции, их язык становится более символическим и они начинают заботиться о других, не обязательно близких им людях, как о себе. Они уже не похожи на интровертных, поглощенных лишь собой и часто ипохондрических меланхоликов. В следующем отрывке из описания случая дается портрет тридцатилетнего мужчины, который пришел ко мне в анализ в глубокой депрессии; он употреблял алкоголь и марихуану, чтобы «продолжать жить». В процессе анализа его внутренний мир постепенно менялся; эти медленные и болезненные сдвиги помогли ему перейти к депрессивной позиции...

> Дэйв приходил ко мне четыре раза в неделю на протяжении нескольких лет. Дэйв был врачом, и профессиональный авторитет помогал ему защищаться от тревожности, связанной с мыслями о собственной смертности. Когда он осознал, что не располагает внутренними ресурсами, которые помогли бы пережить болезненное и затянувшееся

умирание отца, он обратился за помощью с жалобами на депрессию, которая лишала его дееспособности. Его отношения с отцом были полны амбивалентности, и он не мог представить себе, что когда-нибудь сам сможет стать отцом. После четырех лет анализа, пройдя долгий путь и разрешив многие из нарциссических травм, которые ранили его хрупкую психику в детстве и наполняли его стыдом, Дэйв почувствовал достаточную уверенность в себе, чтобы согласиться завести ребенка со своей подругой. Он мог уже лучше справляться и со своим внутренним садизмом, и с неизбывной потребностью заботиться о других (и то и другое сыграло определенную роль в том, что он выбрал профессию медика), и реагировать символически на тревожность в отношении собственной смертности. Он больше не выглядел депрессивным, и в нашем «аналитическом календаре» был отмечен особый день, когда он появился на сессии со своим маленьким сыном и с запасным подгузником под мышкой.

Шло время, Дэйв уже не был в депрессии и ему не было необходимости поддерживать свое Эго алкоголем и наркотиками; он мог переносить фрустрацию и тревожность, не испытывая чрезмерного раздражения. Я видела, что он уже не депрессивен, но остается на депрессивной позиции, по Мелани Кляйн. Тон сессий, изначально лишенный метафор, становился все более философским. Не было больше резких скачков настроения, и Дэйв был готов принять на себя ответственность за свое несовершенство.

Однажды Дэйв приехал в восемь часов утра на сессию и рассказал мне, что пока он собирался и чистил зубы, он думал: «Для чего все это, что это я делаю?» По дороге он несколько раз попадал в пробки и тревожился, что опоздает; а затем, проезжая мимо большого парка, он увидел, как между деревьями восходит солнце. Я восприняла это пространство между деревьями как символическое зеркало, которое раскрыло ему глаза на природу и радость жизни. Дэйв рассказал, что он был очень тронут этим зрелищем; он остановился, вышел из машины и пошел через парк, и там ему открылся «экстатический вид Лондона, простирающегося до портов Темзы». Когда он излагал подробности своего переживания, я подумала, что Дэйва потрясло не свойственное ему прежде чувство: он был способен признать в разговоре со мной, что чувствует удовольствие от жизни. Мое внимание привлекли изменения в положении тела Дэйва. Обычно он лежал

на спине и рассматривал трещины в потолке, а сейчас был как бы вполоборота ко мне.

Меня поразило изменение его дыхания, и пока он говорил, я чувствовала, что его захватывает другой язык: по его лицу, обычно столь бесстрастному, текли слезы. Он продолжал говорить: «Я не знаю, что со мной происходит, я ошеломлен, мне не хочется, чтобы все это меня беспокоило, но похоже, выбора у меня нет. Я не хочу ехать в больницу или спешить на следующую встречу, листы ожидания и все остальное кажется таким тщетным. Меня потрясла красота этого зрелища. Утром я слышал по радио, что сегодня годовщина открытия концлагерей, и по дороге сюда я думал о разных взглядах и о своем видении мира. Я не доверяю человечеству, я помню о Холокосте и о грудах обнаженных трупов; нечто подобное я делаю со своим телом и с телами своих пациентов, с которыми я соприкасаюсь, только когда они лежат без сознания на операционном столе. Я хочу уйти отсюда и просто посидеть где-нибудь час-другой; моя жизнь кажется такой маленькой. Я не знаю, каково это, быть таким эмоциональным, я почти возмущаюсь тем, что это со мной произошло, я увидел, что жизнь может быть совсем иной. Теперь я вспоминаю, что в детстве любил плавать на яхте, то было лучшее время, которое я проводил с отцом, и иногда там, на просторе моря, у меня бывали подобные переживания».

Слезы текли по его щекам, пока он говорил, и я была тронута, но не знала, стоит ли мне что-либо делать или просто слушать его рассказ. Он обратил ко мне заплаканное лицо: «Не могли бы Вы передать мне платки?» Я взяла коробку с бумажными платками и протянула ему; при этом моя рука на мгновение коснулась тыльной стороны его ладони. Это был наш первый физический контакт за несколько лет совместной работы. Дэйв всегда защищался от признания, что наши отношения были чем-то большим, чем просто контракт, поэтому я удивилась, когда он вытер нос, взглянул на меня и сказал: «Когда Вы прикоснулись ко мне, я почувствовал, что я не одинок, и мне стало легче выносить эти картины концлагерей. Спасибо». Переживание Дэйва было переживанием не *депрессивного* пациента, а того, кто достиг *депрессивной позиции*.

В лечении депрессии существуют две основные модальности: вербальные виды терапии, которые оперируют словами, и физиче-

ские интервенции, в число которых входят фармакологическое лечение и электрошоковая терапия (ЭСТ). Одной из проблем некоторых моих коллег является их нежелание посылать пациента, который все глубже погружается в депрессию, к врачу общей практики или психиатру, чтобы они смогли в дополнение к терапии выписать ему антидепрессанты. Некоторые обращавшиеся ко мне пациенты, страдавшие от депрессии или суицидальных идей, были слишком депрессивны, чтобы интересоваться причинами своего страдания, слишком депрессивны, чтобы думать, слишком депрессивны для символического мышления. Часто они не способны ни на что, кроме напряженного молчания или болезненной озабоченности своими симптомами. В таких случаях едва ли возможно проводить психотерапевтическую работу, пока не будет ослаблено переживание депрессии. Когда я соглашаюсь работать с клинически депрессивными пациентами, я всегда работаю в команде с психиатром; это не означает, что мы автоматически согласимся выписывать медикаменты, но ситуация находится под постоянным контролем. Соединять психосоциальное и психофармакологическое понимание депрессии сложно, но необходимо; опасность заключается в том, что многие терапевты считают, что это ситуация *или/или*. Это одна из причин, по которым психоаналитическая психотерапия в Лондоне проигрывает в глазах общественности: самонадеянность терапевта или аналитика не позволяет ему понять ограничения своего навыка интерпретации при работе с клинически депрессивными пациентами. Вследствие такого подхода пациентам не предоставляют наилучшего сочетания видов лечения, необходимых для их оптимального выздоровления.

В своей практике я обнаружила, что некоторые люди страдают от депрессии потому, что у них нет представления о своем внутреннем мире или о бессознательном. Они знают, что страдают, но у них нет ни малейшего представления, почему это происходит, и иногда чувство изоляции и разрастающаяся жалость к себе толкают их к суицидальному отчаянию. Работая с глубоко депрессивными пациентами, я поняла, что для них классический психоаналитический метод может быть мучительным. К их ощущению депрессии прибавляется унижение от того, что они так озабочены психосоматическими симптомами и неспособны вербально выражать свои страдания. Депрессия часто вызывает эмоциональное онемение. В таких случаях я без колебаний меняю свою технику и излагаю собственные мысли и наблюдения либо говорю о том, что, как я знаю, интересовало пациента, пока он себя хорошо чувствовал, а иногда даже рассказываю истории.

Я вспоминаю одну пациентку, которая пришла на нашу первую встречу с перевязанными после третьей суицидальной попытки запястьями. Она сказала мне, что осознала свое желание прийти именно ко мне после нашего телефонного разговора; она звонила мне с просьбой о встрече. Когда она услышала в трубке лай собак и спросила, есть ли у меня собаки, я ответила на этот вопрос. Она сказала, что предыдущий аналитик отказывался отвечать на *какие бы то ни было* вопросы и большую часть времени — три сессии в неделю — она проводила в молчании лежа на кушетке. Через год она ощутила еще большую депрессию и поняла, что воспринимает своего аналитика как мраморное изваяние, которое берет плату за визиты; она приняла сложное решение оставить его. Иногда мне приходится принять тот факт, что скорее звук моего голоса, чем смысл слов или понимание бессознательных процессов, смягчает отчаяние пациентов, хотя бы на время, пока они не смогут выдержать столкновение с *бессознательными истоками* своего страдания. Юнг хорошо сказал о том, что есть существенные различия между бессознательным отчаянием и сознательным пониманием его проявлений.

У меня всегда было ощущение, что неразрешимых проблем в конечном счете не существует, и практика часто подтверждала мое убеждение: я видела индивидов, которые просто перерастали проблему, разрушившую других. Это «вырастание» из проблемы, как я его назвала, в дальнейшем оказывалось повышением уровня сознания. На горизонте человека появляются высшие интересы, либо горизонт расширяется, и в результате проблема теряет свою насущность. Она не была решена логическим образом, строго говоря, но поблекла рядом с новыми, более сильными жизненными тенденциями. Она не была вытеснена в бессознательное, но просто проявилась в другом свете и сама стала иной. То, что на более низком уровне приводило к жестоким конфликтам, буре эмоций

и панике, с точки зрения более высокого уровня личности выглядит так же, как буря в долине, наблюдаемая с горной вершины. Это не значит, что буря утратила свою реальность; но вместо того чтобы находиться внутри, человек стал смотреть на нее снаружи. Но поскольку в нашей психике мы все находимся и в долине, и на горе, попытка стать выше всего человеческого окажется пустой иллюзией. Конечно, индивид ощущает аффект, который терзает и мучает его, но в то же время в нем присутствует высшее сознание, которое не дает ему отождествиться с аффектом; сознание, которое видит аффект объективно и может сказать: «Я знаю, что я страдаю»... Когда я исследовала путь развития тех индивидов, кто спокойно и как бы бессознательно вырастал за пределы своих ограничений, я видела, что в их судьбах есть нечто общее. К ним из темной сферы возможностей, будь то изнутри или извне, приходило нечто новое; они принимали его и дальше развивались с его помощью. Характерно, что в некоторых случаях это новое находилось внутри, а в других — вовне; или, скорее, оно врастало в кого-то извне, а в кого-то изнутри. Но это никогда не было исключительно изнутри или извне. Если оно приходило извне индивида, то становилось его внутренним опытом; если изнутри, то обращалось в некие внешние события. Оно никогда не внедрялось в жизнь при помощи намерения и сознательной воли; скорее, оно «приплывало по течению времени» (К. Г. Юнг, Р. Вильгельм).

Многие пациенты всю жизнь страдают от депрессии, и для некоторых из них нет другого способа исцеления, кроме сознательного и ответственного признания того факта, что они в депрессии, вместо соматического выражения этого факта в бесконечной череде физических симптомов.

Как всегда, освещение этой темы мы находим в литературе и истории; в русской литературе содержится много вариантов архетипической фигуры Гамлета с его меланхолическим отчаянием. В число депрессивных родственников Гамлета входят Онегин, Обломов и Иванов — это лишь несколько имен из тех, что сразу приходят в голову. Чтобы понять Онегина и Иванова — второй жил примерно лет на 60 позже первого, — этих талантливых и привилегированных индивидов, сломленных экзистенциальным ужасом, мы должны рассмотреть их характеры в соответствующем контексте.

Чехов и Пушкин представили своих антигероев в социокультурном и историческом контексте средневековой тщеты, ограниченности и цинизма. Оба молодых человека жалеют себя, оба утратили свой путь и чувствуют себя чужими в окружающем их социуме. Как я помню, у русских есть особое определение таких людей — «лишние люди»; Гоголь писал об этом в повести «Шинель», хотя его герой не относится к привилегированному сословию. Когда Чехов создавал «Иванова», Онегин уже считался шедевром социального диагноза и представлял собой образ человека, который в деспотическом обществе не может найти осмысленного применения своей энергии. В результате его цинизм, граничащий с клинической депрессией, подталкивает его к прожиганию жизни и доводит до неисцелимого отчаяния. Поведение Онегина нельзя объяснить как клиническую депрессию, скорее, он изображен как погруженная в жалость к себе жертва экзистенциального ужаса, тогда как Иванов *действительно* переживает депрессию — вплоть до суицида.

У многих терапевтов складывается ошибочное впечатление, что чем глубже они проникают в психику, тем глубже будут их инсайты и откровения, обладающие потенциалом лечить или вызывать изменения, но остается опасность идеализации концепции психологической глубины и темноты, в которых кроются секреты жизни. Поверхность, свет и обыденность также раскрывают многое о бессознательном; свет и тьма, поверхность и внутреннее содержание, рождение (появление на свет) и смерть (переход во тьму) равно необходимы для психического равновесия как терапевта, так и пациента. (См.: Фрейд, «Психопатология обыденной жизни», 1901b). В следующем отрывке Иванов, в попытке понять свое отчаяние, напоминает нам о распространенной тенденции отдавать предпочтение глубине перед поверхностью:

> «Вы знаете, каково это? Видеть, как угасает твоя жизнь? Знать, что ты уже жил слишком долго. Смотреть на солнце и видеть, что оно сияет? Оно сияет несмотря ни на что. Видеть муравья, несущего соломинку. Даже муравей может быть счастлив со своей ношей. Оглядываться по сторонам, видеть лица людей — вот тот думает, что я пустозвон. Другой жалеет меня. Третий думает, что мне нужна помощь! А хуже всего, когда люди внимательно слушают, будто

так они смогут что-то понять. Люди думают, что в отчаянии есть глубина. Но это не так».

Хэйр[3]

Когда я преподаю метапсихологию, я всегда рекомендую студентам подкреплять теоретические модели опытом великих писателей, из наблюдений которых мы можем многое узнать. В случае депрессии и суицида это относится не только к их произведениям, но и к их жизни.

Когда я вспоминаю свою клиническую постнатальную депрессию — это еще одна из разновидностей депрессии, — то по прошествии двадцати пяти лет продолжаю считать ее самым мрачным периодом моей жизни. Последние статистические данные, полученные в США, показывают, что 10% беременных женщин соответствуют диагностическим критериям депрессии, а после рождения ребенка у этой группы женщин наблюдается усугубление симптомов (Купер, Мюррей). Я отчетливо помню отсутствие желаний и утрату связи со значимыми обыденными элементами жизни. Помню, как я в изумлении глядела на людей, целеустремленно идущих по улицам, спешащих на станцию, осматривающих полки в супермаркете так, будто на них много привлекательных товаров. Я же чувствовала, что нет ничего, *абсолютно ничего* на полках супермаркета или даже на полках всего мира, что восстановило бы мой вкус к жизни или прежние желания и избавило бы меня от фобических испарений, которые душили мой внутренний мир. Клиническая депрессия — одно из самых болезненных состояний сознания, и любому терапевту необходимо представлять, что это такое, если не приходилось реально переживать этого; вот почему, если вам повезло избежать

[3] Автор в данном случае цитирует Чехова по адаптации, сделанной Д. Хэйром. Предлагаем читателю фрагмент из оригинальной пьесы для сравнения: «Меланхолия! Благородная тоска! Безотчетная скорбь! Недостает еще, чтобы я стихи писал. Ныть, петь Лазаря, нагонять тоску на людей, сознавать, что энергия жизни утрачена навсегда, что я заржавел, отжил свое, что я поддался слабодушию и по уши увяз в этой гнусной меланхолии,— сознавать это, когда солнце ярко светит, когда даже муравей тащит свою ношу и доволен собою, — нет, слуга покорный! Видеть, как одни считают тебя за шарлатана, другие сожалеют, третьи протягивают руку помощи, четвертые — что всего хуже — с благоговением прислушиваются к твоим вздохам, глядят на тебя, как на второго Магомета, и ждут, что вот-вот ты объявишь им новую религию...». — *Прим. ред.*

этого опыта, я рекомендую обратиться к учебникам и художественным произведениям. Один из самых ужасных аспектов депрессии заключается в том, что попавший в ее ловушку человек не может поверить, что ситуация когда-либо изменится; именно осознание, что он заключен в состояние *смерти при жизни,* вызывает у него отчаяние и даже доводит до самоубийства.

Не бывает двух одинаковых депрессий, они всегда уникальны, но депрессивную личность легко опознать, и можно многое узнать по характерным проявлениям гендерно-специфических депрессий и возрастных депрессий, а также культурных детерминант жалоб. Эти факты позволяют задать фундаментальный вопрос, который не рассматривала классическая психоаналитическая теория: определяются ли отличительные черты таких депрессий биологическими различиями между мужчинами и женщинами, между молодыми и старыми, между азиатами и европейцами, между гомосексуалистами и людьми традиционной ориентации — или они определяются социологическими различиями, паттернами наших ожиданий от этих людей как представителей той или иной группы? Депрессии вписаны в контекст и должны интерпретироваться в рамках этого контекста. Несмотря на бурные дискуссии последнего десятилетия о причинах депрессии, ясно, что обычно она является следствием генетической уязвимости, активированной внешними стрессами и накопленным негативным опытом детства. Медицинский Журнал Новой Англии (2000) признает связь между «постоянными экономическими сложностями» и депрессией; распространенность депрессии среди людей, которым недостает базисных материальных ресурсов для самоуважения, выше, чем среди представителей любого другого класса в США. Другими словами, депрессия связана с социальным положением; как выразился один из исследователей, «депрессия и нищета убивают» (Соломон, 2002). Психоаналитически ориентированные специалисты, как отмечалось ранее, расставляют акценты иначе и считают, что история развития пациента, в особенности его уязвимость к нарциссическим травмам, содержит в себе ключ к пониманию его страдания. Если у вас частная практика и вы не работаете в организации с государственным финансированием, приходится признать, что те, кто страдает от депрессии и суицидальных мыслей и при этом переживает постоянные экономические

сложности, просто не придут к вашим дверям — как, возможно, и к дверям психотерапевтического отделения госпиталя.

Долгосрочная психотерапия никогда не станет продуктом массового потребления. С учетом долгих лет, требующихся для обучения терапевта, она всегда будет доступна для меньшего количества людей, чем те, кому она принесла бы пользу, даже если в бюджете здравоохранения будут выделены на нее значительные ресурсы. Но ни требования государственного бюджета, ни экономические ограничения индивида не должны выходить на передний план, когда мы оцениваем действенность, приемлемость и желательность той или иной дисциплины и метода лечения. Важно определить, что мы думаем о психоаналитических дисциплинах, оставив в стороне вопрос, можем ли лично мы позволить себе терапию; необходимо вынести социальное и интеллектуальное суждение, а не суждение, основанное на состоянии нашего банковского счета. Практика анализа останется средством для немногих, но инсайты психоанализа пронизывают всю жизнь общества в Европе, влияя на то, что мы думаем о любви, смерти и войне. Невозможно представить себе современное общество, которое решило бы поставить на первое место нечто неосязаемое и субсидировать открытия глубин души.

Согласно исследованиям, проведенным в Университете Питсбург (США) и опубликованным в *«New England Journal of Medicine»* (2000), первый эпизод депрессии обычно тесно связан с жизненными событиями; второй в несколько меньшей степени, а в третьем и четвертом эпизоде жизненные события играют уже гораздо менее существенную роль. С определенного момента депрессия прокладывает собственное русло и становится частой и эндогенной, отделенной от жизненных событий. Хотя большинство людей, страдающих депрессией, переживали определенные стрессовые события, и очевидно, что стресс и тревожность способствуют развитию депрессии, она возникнет лишь у одного из пяти человек, переживших аналогичные личные трагедии. До сих пор остается загадкой, почему некоторые люди лучше защищены от депрессии, чем другие.

Мой собственный упрощенный взгляд на происхождение большинства депрессий, с которыми я сталкиваюсь в консультационной комнате, заключается в том, что наши детские переживания предоставляют нам очень разные уровни внутренних ресурсов успокоения и снижения тревожности. Хотя депрессия и тревожность часто помещаются на разных краях спектра (Абрахам первый установил связь между ними), депрессия часто связана с тревожностью и следует за ней. Став взрослыми, мы зависим от своей способности успокаиваться и восстанавливаться после неизбежных тревог и ударов судьбы, которые никого не минуют; но когда Эго перегружено травматическим событием или рядом внешних событий, которые угрожают его целостности, индивид теряет способность успокаивать себя сам; постоянное ощущение тревожности и страх аннигиляции часто служат первыми признаками надвигающейся депрессии. Речь идет не об одном травматическом событии, которое повысило уязвимость индивида, а о ряде подавляющих событий из следующего списка: утрата объекта (объектов) любви или утрата объекта, который вызывал у скорбящего отрицавшуюся им враждебность; продолжительное разочарование, приводящее к утрате иллюзий, отвержение и символическая утрата самости или статуса. У личностей с генетической уязвимостью такие «спусковые крючки» активируют депрессивную тревожность, приводящую к эмоциональным и когнитивным изменениям, которые с течением времени регистрируются биохимией мозга и могут подтолкнуть прежде здорового индивида к депрессии.

Существуют значительные различия, в том числе этические, между работой с пациентом, который стал клинически депрессивным или суицидальным в процессе или в результате терапии, и пациентом, который пришел в терапию с суицидальными идеями или историей суицидальных попыток. Впрочем, это тема для другой статьи. Мои представления об основных отличиях работы с пациентами, которые депрессивны, но обладают достаточной силой Эго в результате поддерживающей терапии и, возможно, медикаментов, с одной стороны, и суицидальными пациентами, с другой, сводятся к следующему. В первом случае границы взаимодействия в большинстве случаев остаются терапевтическими (с обычным сеттингом), но с активно суицидальным пациентом ситуация иная, и если вы не специализируетесь в этой области в госпитале, лучше не браться за таких пациентов. В критический период времени терапевт должен быть готов к тому, что он должен

быть доступен для телефонного звонка пациента 24 часа в сутки. Когда кто-нибудь аутентично заявляет мне о своих суицидальных намерениях, я никогда не позволяю себе думать, что это только истерия, я предпочитаю верить. За пятнадцать лет практики у меня было три активно суицидальных пациента, и для каждого из них я была столь же доступна, как для собственных детей. Я говорю это *не для того, чтобы идеализировать собственную практику*, но потому, что я знаю людей — слава Богу, не моих пациентов, — которые покончили с собой, хотя их близкие полагали, что их поведение представляет собой истерическую демонстрацию, а не истинное намерение.

Язык, даже эмпатический, не может магически исцелить боль отчаяния, скорбь и меланхолию, но мы не должны недооценивать его целительную способность смягчать боль и печаль. Многие приходящие к нам пациенты всю жизнь провели в психологической изоляции, не зная, что такое эмпатия другого человека. В «Моих университетах» Горький говорит о том, что его одинокая скорбь и молчаливое понимание не могли смягчить боль от смерти его любимой бабушки. Он хотел поговорить хоть с кем-нибудь и чувствовал, что он настолько лишен контакта с людьми, что был бы рад любому собеседнику, тому жизненно важному *другому,* которому можно поведать воспоминания об умершей женщине. Он погружается в меланхолию:

> «Долго носил я в душе тяжелое желание, но рассказать было некому, так оно, невысказанное, и перегорело. Я вспомнил эти дни много лет спустя, когда прочитал удивительно правдивый рассказ А. П. Чехова про извозчика, который беседовал с лошадью о смерти сына своего. И пожалел, что в те дни острой тоски не было около меня ни лошади, ни собаки и что я не догадался поделиться горем с крысами».
>
> *Горький, «Мои университеты»*

Литература

Abraham, K. 1965. *Selected Papers of Karl Abraham, M. D.* Trans. Douglas Bryan and Alex Strachey. London: The Hogarth Press, Ltd.

Freud, S. 1915. *Standard Edition,Vol. 14*. The Hogarth Press, Ltd.: London.

Gorky, M. 1921. *My Universities*. Penguin Classics: London.

Jung, C. G. , Wilgelm R. 1968. The Secret of the Golden Flower, Collected Works Vol. 13. Routledge and Kegan Paul: London, N. Y.

Hare, D., 1997. Adaptor of Chekov's *Ivanov* Faber, London.

Kraepelin, Emil. 1921 *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Ayer Co.

Mcvay, G. 1994. *Chekov: a life in letters*. The Folio Society: London.

Я также признательна Эндрю Соломону за блестящую анатомию депрессии в работе «*The Noonday Demon: an anatomy of depression*», 2002, London: Vintage.



Малькольм Пайнз[1]

Стыд как центральный аффект в психологии самости

Депрессия стыда

Взросление приносит нам радостные, вдохновляющие, печальные и горькие переживания. Мы становимся существами социальными, усваивая уроки семьи и школы. Мы учимся распознавать и принимать границы нашего инфантильного всемогущества, тем самым приучаясь к моральным чувствам, среди которых видное место занимают вина и стыд. В статье 1955 года «Универсальность стыда» я писал:

> «Стыд защищает нашу идентичность и сообщает нам о том, что мы пережили вторжение и эксплуатацию, что у нас нарушилось самоуважение, а потому мы чувствуем себя представшими перед судом своих высших устремлений. Вина скажет нам о том, что мы причинили вред другим людям и что мы можем ожидать от них наказания и возмездия. Стыд и вина — это социальные маркеры, необходимые для нахождения собственного положения в семье и последующих группах. Стыд и вина

[1] Малькольм Пайнз — доктор медицины, профессор, психиатр, психоаналитик и групповой терапевт, один из основателей «Общества группового анализа» и Института группового анализа (Лондон, Великобритания), редактор «Журнала по групповому анализу» и книжной серии «Международная библиотека групповой психотерапии», автор ряда книг и статей по проблемам философии и социологии психоанализа.



> учат нас при помощи болезненных, но неизбежных проб и ошибок, как адаптироваться к социальным ролям и как влиять на других людей, которые адаптируются к нам. Мы узнаем, когда и как и насколько можно открываться другим; как отмерить приемлемую степень близости и отдаленности; как не обижать и не быть обиженным; скромность, такт, социальная чувствительность и сочувствие мы усваиваем именно таким путем. Мы учимся быть людьми, узнавая, что то, что чувствуем мы, чувствуют также и другие люди».

Не иметь вины, быть безвинным — это добродетель, но бесстыдство — это социальная опасность, поскольку человек, действия которого не ограничены предполагаемым стыдом, не будет признавать и уважать права других людей.

Я исследую некоторые из патологий стыда, опираясь на свою работу с пациентами и на некоторые автобиографические труды. Я обозначу концепцию «депрессии стыда», обращаясь как к тяжелым переживаниям глубокого чувства стыда, так и к тому факту, что переживание депрессии может быть попыткой блокировать непереносимые аффекты стыда.

Я начну с рассмотрения универсальных переживаний осмеяния и унижения, которые становятся ступенями на пути к стыду. Для иллюстрации некоторых из своих примеров я использую концепцию фигура—фон из гештальта.

Ортега-и-Гассет задается вопросом: «Кто я?» — и отвечает: «Я это я сам плюс мои обстоятельства». Мне нравится это определение. Вы можете разглядеть себя в этом гештальте фигура—фон. Обстоятельства, которые нас окружают, дают ощущение, что у нас есть место в мире, с которого мы можем рассматривать окружающую реальность. Мы признаем, что есть и внутренняя реальность, место, где мы находимся в смысле линий развития наших отношений самость—другой. «Достаточно хорошее» младенчество и детство дают ощущение устойчивости, уверенности в себе, самоуважения, достаточной внутренней поддержки, чтобы справиться с психологическими задачами каждодневной жизни. Использование концепции обращения фигуры и фона (когда нас рассматривают окружающие) может подкреплять ощущение, что мы достаточно хороши при таком рассмотрении, что нас одобряют;

мы видим свой хороший образ в глазах и в сознании значимых других. Это процесс отзеркаливания, нахождения столь желанного одобрения в глазах и в сознании значимых других. Я могу видеть и признавать хорошие аспекты себя в глазах других; неодобрение и наказание — это каждодневные аспекты, посредством которых самость учится выдерживать ограничения, что повышает ее силу и гибкость. Без этого опыта личностного роста человек останется жить в нарциссическом коконе.

Но в переживаниях осмеяния и унижения человек лишается ощущения «достаточно хорошего» положения в мире. Во всех переживаниях по типу стыда мы из благодати проваливаемся в уныние: обнаженные, обгадившиеся, униженные. Обстоятельства стали враждебными. Мы стали объектом для других, как пришпиленное к дощечке насекомое, объектом наблюдения и насмешки. Вечная тема для карикатур — насмешки над могущественными людьми: большие уши Буша, Блэр как пудель Буша.

У меня есть сборник карикатур Х. М. Бейтмана, британского карикатуриста, популярного в двадцатые и тридцатые годы; он высмеивал средний и высший классы за их ригидный социальный этикет, представляя «постороннего», который не знает правил игры и потому подвергается насмешкам и становится козлом отпущения. В других его карикатурах униженный человек, движимый яростью и ненавистью, способен перевернуть ситуацию для своих обидчиков.

В этих карикатурах происходит обращение конвенции фигуры—фона, при котором центральный персонаж совершенно унижен, у него нет положения, нет уважения к себе. Он нанизан на булавку холодной иронии окружающих. Они изображены с огромными злобными лицами, большими зубами, горящими глазами. Одно лишь осуждение, отвержение, отторжение. Мост коммуникации полностью разрушен и починке не подлежит. Эти яркие иллюстрации передают ужас ситуации раскрытия, которая приводит к ярости, направленной на раскрывшуюся самость и на раскрывшего ее другого. Эта ненависть ощущается как столь опасная, что ее следует глубоко прятать посредством вытеснения или отщепления. Так начинается процесс подчинения и адаптации, развитие ложной самости, защищающей человека от повторной травматизации, которой грозит повторение ситуаций стыда и осмеяния. В своей автобиографии «Дженни и я. Взросление с моей матерью» Вирджиния Айронсайд (2003, Fourth Estate London) описывает соблазняющие и деструктивные отношения мать—ребенок. Сама Вирджиния Айронсайд стала консультантом по эмоциональным проблемам и публикуется в центральных газетах. Ее мать была поразительно красивой женщиной, очень известной: она была первым профессором в области моды в Королевском Колледже Искусств в Лондоне и сыграла значительную позитивную роль в продвижении британской моды на мировой рынок. Дочь была так на нее похожа, что их часто принимали на улице за сестер. Вирджиния с горечью пишет о том негативном отзеркаливании, которое она получала. Она чувствовала, что вынуждена быть средством для материнских амбиций; она должна была носить созданные матерью вещи. Она ненавидела эти вещи, отличавшие ее от сверстников, в группе которых она предпочитала бы не выделяться, поскольку была крайне стеснительна. Когда она носила вещи, созданные матерью, она чувствовала, что ее вынуждают быть такой, как мать. То, о чем она пишет, можно понять в терминах стыда при отсутствии нормального, чувствительного, эмпатического отзеркаливания и в присутствии злокачественного отзеркаливания. Злокачественное отзеркаливание — это процесс, при котором ребенок чувствует, что он получает ненависть родителя, принужден принимать глубоко искаженную идентичность, является средством для выражения деструктивности матери, не признающей чувство самости и потенциалы самого ребенка. Вирджиния чувствовала, что в сознании матери отсутствует представление о ней как о ребенке, нуждающемся в понимании и любви. Мать заставила ее принимать участие в одном из модных показов, несмотря на то что Вирджиния чувствовала себя испуганной и несчастной; она писала, что глаза матери останавливались только на платье, а не на выражении лица ребенка, пребывавшего в эмоциональной агонии. Дочь могла «почти физически ощутить свое отсутствие в зрачках материнских глаз», когда мать смотрела на нее. Она чувствовала, что сама она не существует, и когда мать осматривает ее вид и одежду, у нее нет самости, нет души, только вакуум. Ношение одежды, которая делала ее столь похожей на мать,

было эмоциональным шантажом; ее вынуждали быть такой, как мать, а она отчаянно хотела быть иной.

Однако ретроспективно она признавала, что была некая отвратительная притягательность в том, чтобы выглядеть как мать; «становясь ей», дочь получала ее навсегда и уже не могла быть проигнорирована и брошена. Когда она стала старше, то начала прятать свое несчастье и гнев и выработала позицию безразличия, скрывавшую ее ненависть от нее самой и от матери.

Они стали ближе с отцом, поскольку оба чувствовали, что мать их не признает. Дочь обнаружила, что у матери было много сексуальных эскапад. Мать стала много пить, и когда она бывала пьяна, Вирджиния чувствовала, что ее восхищенный взгляд, направленный на красавицу-дочь, становился удушающим, вытягивал из нее женственность и жизнь.

В подростковый период у Вирджинии начались депрессивные циклы, которые преследовали ее на протяжении всей жизни и не реагировали на медикаментозное лечение и психотерапию. Ее спасло от суицидальных намерений и депрессии рождение ребенка; она стала жить ради заботы о своем сыне. Она стала заботливой, теплой матерью, которой самой ей так недоставало, но ее по-прежнему преследовал образ матери, которая смотрела на нее из зеркала.

На протяжении нескольких лет я работал с чрезвычайно самодеструктивной пациенткой, алкоголизм которой был попыткой защититься от ненависти к себе и депрессии. Она была убеждена, что мать ненавидела ее с рождения, что мать смотрела на нее с ненавистью, сурово наказывала ее как физически, так и эмоционально и была неспособна на какую-либо эмпатию, хотя по отношению к младшему сиблингу проявляла любовь и чувствительность. Когда пациентка была ребенком, она пережила сексуальное насилие со стороны отца, но признавала, что они сблизились, пытаясь получить немного тепла и противостоять холодности матери. Она выросла с ощущением, что ее «большое я» было автоматом, а свое «маленькое я», маленького ребенка, она обнаружила прячущимся под пианино у своего первого терапевта. Она чувствовала, что не понимает природу любви: «Я люблю жареную фасоль, я люблю свою мать, и как я пойму разницу, если у меня нет никаких чувств?».

Существует выраженная связь между недостатком позитивного отзеркаливания и идентичностью, наполненной стыдом. Стыдно не получать любви, восхищения, исполнения и признания здоровых нарциссических потребностей. Реципиент этого негативного и злокачественного отзеркаливания становится уязвим к стыду и отстраняется от эмоциональных связей с другими людьми. Он становится безразличным, и создается чувство ложной самости для зашиты от повторения болезненных разочарований, переживания отсутствия любящего признания. На месте любящего признания есть ощущение, что тебя ненавидели и заставляли принять ложную идентичность. Научение предвидению ситуаций, способных вызывать чувство стыда, называется «уходом от стыда» посредством поведения социального избегания. Из-за этого избегающего поведения человек не развивается эмоционально, психологически и физиологически, и поэтому биологический организм переживает серьезные повреждения. Это может быть глубокая депрессия, алкоголизм, наркомания и психосоматические расстройства. К несчастью, моя пациентка страдала от синдрома Sjogren — болезненного хронического состояния, при котором иссушаются все слизистые оболочки; это состояние сложно распознавать и лечить; она относилась к нему мазохистически, что давало ей ощущение избранности и препятствовало попыткам помочь ей. Весь мир стал жестокой, отвергающей матерью.

Когда эта пациентка пытается писать о себе, она не продвигается дальше утверждения, что она лживая, пристыженная, совершенно никчемная и ей недостает самоуважения. Недавно я сказал ей, что в будущем она будет приходить ко мне на прием домой, а я не впущу ее в дом, если она будет пахнуть алкоголем и сигаретами. Это немедленно привело к трансферным проекциям на мою жену как на мать, которая не может любить ребенка, когда он запачкался и его необходимо вымыть. Она сказала, что для нее единственный способ получить чью-либо дружбу — это секс с ее партнером либо плата, которую я с нее беру. Я ответил, что чувствую себя обиженным и то, что она от меня может получить, нельзя купить, а именно уважение и помощь, которые я предлагаю. Это было полезное испытание, которое привело к более глубокому принятию нашей совместной работы.

Она живет с партнером, которому сложно мириться с ее алкоголизмом, ее враждебной зависимостью и социальной изоляцией. Она чувствует себя в ловушке: чем меньше она делает, тем сильнее ее чувство неудачи, и она пытается уменьшить его, прибегая к алкоголю, снижающему ее чувство бессилия. Хотя она признает, что многого добилась в терапии, прогноз остается чрезвычайно сомнительным.

Тайны

Глубоко в психике многих переполненных стыдом людей погребены семейные тайны. В случае нашей алкоголической пациентки это были инцестуозные сексуальные отношения, о которых, по ее убеждению, знала мать, но это всегда оставалось невысказанной тайной. Моя дочь, семейный терапевт, рассказала мне о ребенке, с которым она работает и который случайно обнаружил постыдный семейный секрет. Отец этой девочки приехал в Англию из Африки и привез с собой все надежды и амбиции своей семьи. К сожалению, он не преуспел, и его семья осталась нищей и боролась за существование без матери, которая год спустя умерла. Отец был неспособен признаться семье, что его попытки не увенчались успехом, и это оставалось семейной тайной. Однако обсуждение этого с отцом помогло разрешить ситуацию, он вернулся к родительской семье и сообщил им правду, так что семье не пришлось больше нести бремя постыдного секрета. Постыдные открытия в индивидуальной терапии могут в течение долгого времени скрываться; рассказ о постыдных тайнах в контексте группы помогает сделать универсальными проблемы стыда и облегчает ношу существования за экраном ложной самости.

В своей характерной парадоксальной манере Винникотт говорит, что важная материнская функция состоит в том, чтобы «совершать ошибки», то есть ощущать, когда и как дать развивающемуся ребенку возможность взять верх и сделать самому то, что прежде она делала за него. Таким образом, эта материнская функция приводит к ощущению достижения самостоятельности у ребенка. Отсюда мы можем заключить, что здесь встает вопрос правильного выбора времени, «ошибка», совершенная прежде,

чем ребенок сможет справиться с заданием, будет травматичной, и ребенок будет чувствовать свою ответственность за нее. Я совершил ошибку, я ответственен за разрыв связи. Это чувство неудачи в достижениях и поддержании связи с любимым человеком, будь то мать, отец, сиблинг, другой заботящийся человек, может иметь далеко идущие последствия. Когда отношения заканчиваются, наряду с болью утраты присутствует нарциссическое повреждение того, кто был оставлен: стыд, унижение, нарушение самооценки. Последствиями становятся отвержение, стыд, ярость и ненависть к самости, которая становится объектом стыда. Ощущение себя нелюбимым и нежеланным приводит к дальнейшей ненависти к себе, к стыду от переживания стыда. Все это вызывает отстраненность от мира других людей, тех, кто мог бы вывести человека из этого изолированного состояния.

Одна из моих пациенток выросла в большом богатом загородном поместье. Однако ее чрезмерно активная, обладающая многими талантами мать доверила материнскую роль домработнице/няне. Моя пациентка росла вместе с приемным ребенком, девочкой, которая была менее одаренным, умным и привлекательным существом. Но этому «близнецу» именно по этим причинам отдавали предпочтение. Мэри очень рано начала стыдиться своей ненависти к сиблингу и гиперкомпенсировала это чувство чрезмерной ответственностью за ее благополучие и чувствовала сильную вину, когда у девочки развилась опасная для жизни болезнь.

Травматические утраты начались, когда пациентке было 2,5 года. Семья покинула поместье предков, где было много заботливой прислуги, и переехала в другой дом. Мэри остро чувствовала утрату теплого, идеализированного сообщества, чувства «мы», и была глубоко травмирована, когда ее няню отослали в прежний дом и она смогла видеть ее только по праздникам. У пациентки был серьезный психозоподобный срыв в возрасте 7 лет, а затем началась долгая история ее существования как пациентки, в которой доминировал панический страх утраты. Она защищалась от агонии детской беспомощности и утраты при помощи отношений подчиняющейся адаптации, которые не давали ей эмоциональной подпитки. Она боялась оставленности и депрессии, интенсивность которой можно понять по ее сновидениям: ей снилось, что она погружена в дерьмо,

и дерьмо бесконечно распространяется вокруг нее, как травматическая беспомощность, с которой она пыталась справиться. Она была хорошей матерью для двух своих дочерей, и с их помощью она получала доступ к витальности, но все равно боялась покинутости, которая наступит, когда они вырастут и оставят дом.

Избегание стыда при помощи успеха

Я работал с несколькими пациентами, которым удавалось избегать и блокировать стыд и беспомощность при помощи своей успешности. Джейн вышла замуж за очень богатого банкира, а также добилась больших успехов как специалист в области декора и моды. Она страдала от приступов паники с раннего детства и потому всегда искала близости с матерью. Успех, которого она добилась, был как развитием ее талантов, так и реализацией неудавшихся амбиций ее матери.

Хотя они с мужем жили в роскоши, всегда путешествовали первым классом, останавливались в прекрасных отелях, она чувствовала себя ограниченной из-за того, что не может жить такой же жизнью, как другие богатые люди. Очевидно, ею двигали ее желания, и мы с ней затронули вопрос, кто этот «Я» (глаз)[2], который желает, и эти желания находят свое выражение через нее. Она вспомнила о том, что она извлекла из своей психики, о стыде, который она ощущала в подростковый период, когда у нее на каникулах не было лыжных ботинок. Их надо было брать в прокате, на них были проставлены номера, и она пыталась спрятать их; это было похоже на номера жертв Аушвица. Я поднял вопросы, которые она блокировала, а именно еврейства, психологии Холокоста; в ее семье это всегда оставалось фоновой угрозой, не признаваемой и не вербализуемой. На идиш говорила только бабушка со стороны отца, жившая в маленьком американском городке. Хотя ее муж умер молодым, она смогла добыть денег и обеспечить своим детям обучение в университете. Отец Джейн всегда проявлял лояльность к своей матери, но его жена стыдилась этой женщины и всегда огорчалась, когда приходило время наносить ежемесячный визит. Они проводили лето в Хэмптонсе, на богатой и модной части Восточного

[2] Англ. «я» (*I*) и «глаз» (*eye*) произносятся одинаково. — *Прим. перев.*

побережья, и между ее родителями всегда возникало напряжение, когда приезжали бабушки и дедушки. Эти проблемы стыда никогда не признавались и с ними никогда не работали. Пациентка росла с психологией, которая — как иммунная система — не встречалась со здоровыми переживаниями, которые могли бы выстроить ее иммунитет. Отсюда и приступы паники.

Приступы паники вызывали у нее ощущение внутренней пустоты. Ей приходилось, как только начинался приступ, идти домой, но у нее никогда не было чувства настоящего понимания того, из-за чего начинается паника или избавления от нее. Мы сейчас работаем над тем, как эта паника связана с потенциальным стыдом.

Ричард — очень успешный бизнесмен, которого высоко ценят в кругу коллег и в религиозном сообществе. Он пришел ко мне около 15 лет назад из-за того, что по выходным у него было чувство депрессии и неадекватности, и он чувствовал, что его деловая карьера вовсе не так уж успешна, а жизнь проходит без особых достижений. В то время его отец был еще жив; этот человек вышел из нищеты и построил успешный бизнес, в который позже вошел мой пациент. Через несколько лет он сменил отца на посту руководителя и дальше жил в ощущении ожидаемого возмездия. В детстве его холодная амбициозная мать выстраивала отношения исключительно с мужем и давала пациенту очень мало материнской теплоты. В возрасте 6 лет его отослали в пансион, и он начал сам добиваться успеха. Мы с ним прорабатывали темы угрозы утраты престижа, когда ему пришлось оставить роль председателя, которую он сочетал с ролью исполнительного директора в своем бизнесе. Он чувствовал невыносимую угрозу своему образу самости, который он настолько сильно инвестировал в материальный мир, страх, что без прикрытия материальным успехом ему придется вновь столкнуться с плохим представлением о себе, идущим из детства. Когда он был ребенком, он иногда причинял себе боль и бился головой о стену от чувства, что он очень плохой. У него не возникало ощущения, что он хорош для своей матери, поскольку ее взгляд был обращен только на отца. Он боялся, что может оказаться голым королем, поскольку не был укутан в хороший любящий образ себя. Он не мог использовать свое воображение для того, чтобы проникнуть за пределы защитного

образа самости, а в соответствии с ним он никогда не видел снов! Он чувствовал, что должен, как барон Мюнхгаузен, постоянно сам себя вытаскивать за волосы из болота. Он жил в состоянии голода и пустоты, и проблемы становились для него средством подпитки себя и постоянного продвижения вперед. Старение и смерть угрожали восстановлением отношений с матерью, со снежной королевой, которая может отнять его жизнь. Мы с ним смогли поговорить о страхе разрушающейся самости, которую он пытался поддерживать работой, успехом, обретением репутации. Постепенно он смирился с тем, что не должен стараться быть «на верху каждой горы» и что он может выработать более естественный ритм жизни.

Между ним и другим пациентом, Гарольдом, есть потрясающее сходство. Гарольд также добился заметных успехов, но ему было необходимо время от времени возвращаться на сессии на кушетке, чтобы исследовать свои глубинные страхи. Он стремился разотождествиться со своим отцом-неудачником. Когда пациент добился первого серьезного коммерческого успеха, его отец сказал некоему третьему лицу: «Гарольд думает, что он важная птица, а он просто большой кусок дерьма». На протяжении своего детства он пытался справиться с ощущением стыда оттого, что его семья была относительно бедной по сравнению с благополучными соседями, а также оттого, что его страдающая пограничным психотическим расстройством мать вела себя так, что он смущался.

Эти люди пытались обойти стыд и в своих усилиях не могли ни на минуту расслабиться. А каковы люди, поддавшиеся депрессии?

Здесь я сошлюсь на статью Чарльза Монтгомери, опубликованную в сборнике по групповому анализу «Ценность депрессии и тайная жизнь стыда: групп-аналитическая перспектива». Согласно его опыту депрессия некоторых пациентов является противодействием, которое должно нейтрализовать осознание стыда. В этом смысле депрессия играет роль избавления; она приглушает воспоминания о стыде и парализует индивида в этом процессе. Стыд остается скрытым при посредстве внутренней организации, предназначенной защитить человека от осознания собственной ненависти и желания отомстить за ранние травмы, вызывавшие стыд. В его группе индивиды смогли установить достаточный контакт с этим

блокированным уровнем, признать злость, ярость, деструктивный триумф наряду с невыносимыми чувствами любви и раскаяния, направленными на тот же самый объект. Мы можем связать это с «нарциссической яростью» по Когуту — нескончаемой яростью в отношении того, кто причинил нарциссическую травму.

Описываемая терапевтическая группа смогла поделиться переживаниями унижения и стыда в детстве. Однако ярость, направленная на того, кто вызвал эту злость и унижение, в течение долгого времени отсутствовала. Они говорили о чувстве пустоты, вызванном отсутствием эмпатического отклика в детстве. Защитная озабоченность утратой и пустотой наконец была разрушена новым членом группы, пограничным пациентом, который принес с собой выраженную подавленность, злость и смог направить их против членов группы и терапевта.

Таким образом, за разделяемыми историями и признанием сходства обнаружились различия и конфликт. Пациенты начали видеть, что находится за пределами адаптивной, послушной, ложной самости, из-за которой они не чувствовали жизненной энергии и наполненности. Постепенно в групповой работе начало проявляться ощущение более аутентичной истинной самости, более связное и более глубоко интегрированное. Баланс между избеганием стыда при помощи сокрытия и стремлением говорить о лжи, которая должна стать правдой, изменился. Диалог группы привел к углублению уровней самоисследования и самовыражения. «Эти проблески, моменты взаимного признания и одобрения, уникальны для тех видов терапии самости, которые происходят в аналитических группах». Появление «группового селф-объекта», «групповой самости», было ступенью к более сепаратному психологическому переживанию. Симптом говорит негромко, но он хочет быть услышанным и понятым.

Я закончу цитатой из замечательной книги Тома Кейва «Триада. Врач. Аналитик. Каббалист» (Лондон, Rosenberg and Krausz, 2000).

> «В существовании правого подразумевается существование левого. То и другое существует, и у каждого из нас левое — это зеркальное отражение правого. Когда я по-настоящему понимаю и признаю это в себе,

я чувствую себя целостным, чувствую единство со своей самостью. Нет ни правого, ни левого, есть только я как единое целое. Есть те, кто симметричен и сбалансирован, и те, кто этого лишен, кто страдает от недостатка симметрии, у кого доминирует та или другая сторона. Такие люди могут реализовать только одну свою сторону, левую или правую. Поэтому они неразвиты как личности. Они, независимо от их возраста, остаются детьми».



Саломон Резник[1]

О нарциссической депрессии

Введение

В этой статье развивается одна из тех тем, которые были исследованы мной при психоаналитической терапии психотических и пограничных пациентов, а также пациентов с нарциссическими нарушениями характера. Как известно, Фрейд называл психозы «нарциссическими расстройствами». Нарциссической депрессией я называю состояние, при котором пациент переживает сильное чувство разочарования и утраты самого важного аспекта себя или своего патологического Эго-идеала, своего «иллюзорного мира».

Он чувствует, что он лишился своего идеализированного Эго (чрезвычайно ценного для него) или своей иллюзорной самости (Наполеон, Юлий Цезарь, Карл Великий, святой Франциск Ассизский...); того, что он мог ментально (или «соматически», то есть в своих соматических иллюзиях и галлюцинациях) создавать и выстраивать. Это психическое состояние переживается так же, как конкретное физическое событие. Тело может ощущать свое величие через телесные галлюцинации, а также депрессивные чувства дефляции Эго-идеала (то есть нереалистичного идеала Эго).

---

[1] Саломон Резник — доктор медицины, профессор, психиатр, психолог, психоаналитик. Основатель Международного центра психодинамических исследований личности. Сотрудник университетов и институтов во Франции и Италии, автор многочисленных книг и статей.

В этом случае депрессивный «плач» пациента может проявляться в чрезмерном потоотделении, «слезах», текущих через все поры тела, а также в суицидальных фантазиях или действиях (как результата невозможности жить без иллюзорных конструкций).

Иллюзорная реальность соперничает с реальностью обыденной. Она также может становиться своего рода иллюзорной гиперреальностью в сновидениях. Это соответствует гиперреализму и сюрреализму в области живописи и поэзии. По сути, в сновидениях нормальные онейрические галлюцинации воспринимаются как жизнь в более чем реальном — гиперреальном — или более чем истинном мире.

В своей книге «Театр сновидений» (Резник, 1987), особенно в главе «Сновидения, галлюцинации и иллюзии», я предпринимаю попытку развить некоторые идеи, касающиеся, в частности, психотических сновидений. Итальянский психиатр Санте де Санктис говорил, что «сновидение может пролить свет на латентный материал иллюзий».

Пространство сновидения у психотика расширяется и разрастается в соответствии с центростремительной силой веры, пытаясь захватить власть над каждодневной жизнью. Вот почему хронические *шизофренические пациенты живут в мире сновидений*: сновидные фигуры и чувства заполняют всю вселенную. Гиперреализм в искусстве соответствует этим чувствам в терминах идеологической концепции реальности.

В 1905 году Фрейд в своей статье по инфантильной сексуальности писал об инфантильных эгоцентрических и эксгибиционистских аспектах и говорил о нарциссическом либидо или сексуализированных нарциссических целях. Трансформации пубертата, согласно Фрейду, являются актуализацией инфантильных сексуальных и несексуальных нарциссических аспектов. Пубертат — сложное время, поскольку тело подростка любого пола переживает «реальные трансформации», и подростки не всегда способны эти трансформации понять и принять.

Как оставить игрушки и игры и стать взрослым? Где найти помощь, чтобы преодолеть этот непростой переходный период?

В 1910 году в статье о Леонардо да Винчи Фрейд развил свои идеи о нарциссическом аспекте гения и воспоминаниях об онейрических «галлюцинациях» его детства.

В статье о случае Шребера в 1911 году он более глубоко исследовал патологические и экспансивные аспекты нарциссизма. Затем в 1914 году в знаменитой статье «Введение в нарциссизм» Фрейд указывает на то, что патологическая нарциссическая установка связана с распространенной тенденцией — стремлением к обладанию пространством и временем и контролю над ними.

Существует также патологическая потребность для избавления от онтологической небезопасности обладать всем, что является частью мира, и контролировать все, что было и что будет.

Эгоцентрическая самость считает себя центром вселенной и в бредовом воодушевлении может трансформировать внешнюю и внутреннюю реальность. В этом состоянии нарциссическая патологическая самость может трансформировать природу всего, что становится препятствием ее экспансивному «идеологическому» движению: *бред представляет собой систему идей, более или менее организованную, а стало быть, идеологию или религию*. Часто бредовые идеи используются во имя истины. Во французской психиатрии мы называем бред «убеждением»: это непоколебимая и неизменная вера во что-либо.

Иногда это похоже на армию, которая не соблюдает границ, на психическую «раковую опухоль» или на фрагментированное атомизированное агрессивное завоевание. У некоторых из моих пациентов идет «настоящая война» между различными, в равной степени непоколебимыми, верованиями в ментальном пространстве: это внутренняя война, чрезвычайно мощная и саморазрушительная. Временами в процессе анализа происходит неизбежная борьба между психотическими и непсихотическими системами верований.

Клиническая иллюстрация

Гарри, мой пациент, страдающий шизофренией, посещает терапевтическую группу с другими шизофреническими пациентами; он специалист в области физики элементарных частиц. Однако он

чувствует блокировки в своей работе; как он полагает, это происходит из-за аппарата для подсчета атомов, который он сам изобрел.

Эти блокировки сохранялись в течение долгого времени, поскольку ему казалось, что его сознание раздроблено на крошечные, как атомы, элементы, которые ускользают от его контроля. Это вызывает у него такое ощущение, как будто он находится везде и в то же время нигде: утопическая и атопическая вселенная... Кода я спросил его, о чем он думает, он ответил: «Никакого мышления». Когда я спросил, что он делает на работе, он рассказал, что включает компьютер и пытается раскладывать пасьянс (компьютерная карточная игра).

При его ментальном рассеивании был важен тот факт, что он мог загнать себя в «компьютерные рамки», возможно, для того, чтобы установить твердые границы. При таком контейнировании (компьютер как контейнирующая воображаемая и механическая мать) он мог установить связь со своими механическими идеями; но чувств у него не было. Он чувствовал себя роботом или просто трубкой, подобно тому аппарату, который он изобрел. Но он пока не мог ассоциировать, «думать» в истинном смысле этого слова.

Тем не менее однажды он смог рассказать мне свое сновидение, в котором он видел лицо женщины, ассоциирующееся для него с материнским миром. Обычно он говорил, что он «до тошноты полон гнева на мать». Но его агрессивные и нежные чувства были заморожены. В сновидении он был маляром и пытался закрасить лицо этой женщины красной краской. Однако это ему не удавалось, и лицо не менялось. Это было ужасной фрустрацией его всемогущества. В этот момент другой шизофренический пациент из терапевтической группы сказал: «Это похороны коммунистической доктрины, неспособность изменить мир, помыслить его в красном». Похоже, эта реплика была хорошей интерпретацией, поскольку она позволяла сновидцу увидеть дефляцию своей способности перекрашивать кистью своего мышления лицо мира. Красный цвет, конечно, ассоциируется также с агрессией и кровью. У него была коагуляция чувств в связи со старой нарциссической раной, которая сохранялась уже очень давно; последние четыре года он ни с кем не мог разговаривать. Коагуляция почти всей его психики, которая по каким-то причинам была раненой, не позволяла ему самовыражаться. Это усугублялось тем, что самовыражение и кровотечение приравнивались.

Сейчас пациенту 45 лет; он был женат (но расстался с женой), и у него две дочери; когда жена оставила его, он стал все больше замыкаться в себе. Похоже, в его психике сохранилась инфантильная рана, связанная с рождением младшей сестры; он снова был травмирован, когда жена бросила его. Недавно у него было другое сновидение. Он во сне бродил по Парижу и искал здание, в которое он смог бы войти, чтобы помочиться в углу. Терапевтическая группа решила, что он пытается найти себе место, локус, в котором он мог бы существовать и снова выражать себя (мочой пометив территорию, как это делают, например, собаки).

Гарри всегда посещал групповые сессии, но поскольку он был «замкнут в трубе» (его атомная труба) с двумя отверстиями, сквозь которые он мог следить за тем, что происходит вокруг него, для рта у него не было отведено места или хотя бы отверстия для коммуникации. Это напоминает мне знаменитый роман Амели Нотомб «Метафизика труб», где она рассказывает о том, что в детстве была очень аутичным ребенком. Она могла есть, пить и испражняться из нижних отверстий своей «трубы», но ничего не выражала, пока не научилась писа́ть[2] (и стала писателем); другими словами, она говорит руками (она не использует клавиатуру, когда пишет свои романы). Возможно, Гарри хотел выразить себя мочеиспусканием через трубку-пенис, поскольку он еще не мог использовать свой голос или руки для письма.

В процессе анализа он смог написать статью о своей «атомной трубе», которая начала работать гораздо более эффективно. Его коллеги обнаружили, что он снова может выражать себя. Однако нарциссическая психотическая идеология навязывания другим людям своих бредовых идей и неприятие принципа реальности проявилась в другом сновидении. В нем он видел семью, собравшуюся за обеденным столом. Женщина, в которой он узнал свою бывшую жену, попросила его передать сахар. Она сказала: «Ты ошибся, это соль». Гарри чувствовал разочарование и некоторую депрессив-

[2] В русском языке, где, в отличие от английского, слова «пи́сать» и «писа́ть» почти неотличимы, художественное творчество и «метки своей территории» могут иметь гораздо более широкие интерпретации. — *М. Р.*

ность — он страдал нарциссической депрессией: вещи были не того цвета, формы и природы, как ему хотелось бы, они были сами по себе... Он боролся с принципом реальности при помощи своего принципа иллюзорной реальности. Сможет ли он перенести нарциссическую рану принятия окружающей реальности, вместо того чтобы пытаться навязать миру собственную систему ценностей, смыслов и категорий?

Сегодня чрезвычайно обсессивный пограничный пациент сказал мне: «Я не знаю, что с Вами делать. Я не могу отнести Вас ни к одной из своих категорий». Я ответил: «Возможно, это просто я — человек, а не вещь-объект, принадлежащий к экспансивной системе классификации, в которой Вы считаете себя королем или Богом». Затем он рассказал, что был очень разочарован, когда пошел проведать своих друзей и их собаку (он несколько месяцев присматривал за этой собакой и хотел изменить форму и цвет ее ошейника). Но хозяева сняли с собаки новый ошейник и вновь надели старый. Мой пациент переживал сильное разочарование и депрессию: это была нарциссическая депрессия (собака ему не принадлежала и не оставалась такой, как ему хотелось бы). Это напоминает мне Гарри, который не смог перекрасить лицо «матери-мира» по своему желанию: навязать свои верования и формы мышления всей вселенной.

Возвращаясь к сновидению Гарри: он не мог превратить сахар в соль, стало быть, он не был великим демиургом-алхимиком, превращающим один вид материи в другой. Его иллюзорная способность больше не могла хорошо функционировать, как его атомная труба не могла сосчитать все атомы и частицы его сознания, странствующего по всему миру. Гарри был разочарован оттого, что мир не таков, как ему хотелось бы. Он хотел бы быть таким, как Шалтай-Болтай из «Алисы в стране чудес» Льюиса Кэрролла, заявляющий, что слова означают то, что он пожелает. Шалтай-Болтай «выглядел, как яйцо»; он сидел, «скрестив по-турецки ноги, на высокой стене». Он сказал: «Король мне обещал послать всю свою конницу и всю свою рать». Алиса перебила его (не слишком мудро!), и Шалтай-Болтай рассердился. Успокоившись, он сказал: «Вся королевская конница и вся королевская рать». Он утверждал, что владеет всем пространством вокруг него и вокруг Алисы. Позже в разговоре, когда было

упомянуто слово «слава», Шалтай-Болтай сказал, что слова означают то, что он захочет: «Вопрос в том, кому это решать, вот и все». Позже он говорит о «непробиваемости» — подразумевая, что он не просто яйцо, а непробиваемая стена. Отношение Шалтая-Болтая к стене и его всемогущая лингвистическая позиция наименования предметов, объектов и людей по своему желанию напоминает мне о Гарри, который хотел менять природу вещей, их цвет, их вид... Поскольку Шалтай-Болтай представляет собой типично аутичный характер, мы можем подумать об аутичном компоненте психотических и шизофренических пациентов вообще. Шалтай-Болтай становится непробиваемой стеной, а Гарри — металлической трубой с железными принципами... Позже Гарри стал говорить о башне, в которую он заточен и в которой он прячется. Металлическая труба превратилась в башню из камня (изменился материал). Когда я спросил его, всегда ли он остается в башне, он ответил, что в данный момент в башне никого нет. Он добавил: «Там только труп». В этот момент Самуэль, другой шизофренический пациент, сказал: «Когда-то я тоже был трупом, убитым каролингским солдатом. А сейчас я в некотором замешательстве: мир вокруг меня стал как бы более ясным и одновременно более странным. Люди кажутся мне экстравагантными». Я сказал Самуэлю, что он возвращается к жизни, как Гарри время от времени — просыпаясь от средневекового сна. Отказаться от доспехов, выйти из башни — травматическое переживание, это значит родиться в новом и странном мире; необходим болезненный процесс оплакивания утраты средневековой власти и идентификации со значимыми мифическими фигурами. Родиться вновь («излечиться») значит стать обычным человеком, как всякий другой, возможно, начать все сначала: быть «в своем уме» совсем не просто.

Психотическая депрессия и разочарование

В английском языке слово *delusion*[3], которое соответствует немецкому *Wahnideen*[4], имеет отношение к иллюзии и разочарованию.

[3] На русский язык *delusion* может переводиться как «бред» или «иллюзия» по контексту. — *Прим. перев.*

[4] *Wahnideen* — (букв.) заблуждение, иллюзия, ложное представление.

Оно происходит от латинского *deludere*, что означает обманывать, играть нечестно. Если иллюзорное состояние величия, инфлицированное состояние сознания, экспансивная телесная иллюзия в случае синдрома Котара[5] слишком сильна, пространство трансфера заполняется и парализуется ей. В таком случае аналитику следует достигнуть соглашения с пациентом о необходимости предоставить пространство трансферу и возможному диалогу — чтобы два тела (пациент и аналитик) могли дышать и двигаться в этом мире, как бы сложно это ни было.

Я разграничиваю экспансию и проекцию. В первом случае происходит увеличение Эго, (иллюзорное) расширение самости, которая стремится захватить другие существа в свою собственность, не оставляя человеческого телесного пространства. В области биологии это напоминает частичную экспансию протоплазмы ложноножек амебы. Амеба обволакивает объекты своих потребностей (пища или сексуальные объекты), не выходя за свои телесные границы; обезумевшая амеба будет стремиться захватить «весь мир» вокруг себя. Как известно, Фрейд использовал модель амебы с экономической точки зрения в своей статье о нарциссизме. Я использую ее как метафору единства пространства и времени (Минковский) и выхода вовне без утраты контакта с собственным телом.

Нарциссическая депрессия при синдроме Котара

Жюль Сеглас (1887–1894), которого цитирует Котар (1888), наблюдал появление идей величия на последних фазах меланхолической тревожности. Чувства могущества и самодостаточности приобретают качество грандиозности. У пациентов появляются идеи собственного бессмертия и безграничности. Котар группирует ряд бредовых представлений под заголовком «бред величия». Пациенты, заявляющие о своем бессмертии, бесконечны не только во времени, но и в пространстве; они находятся в гигантском мире. Это своего рода мегаломания тела, причем меланхолия обращается в физическую (телесную) манию. Сеглас рассматривает это как

[5] Синдром Котара — нигилистически-ипохондрический бред в сочетании с идеями громадности. — *Прим. ред.*

псевдомегаломанию. Чем более грандиозным ощущает себя пациент, тем глубже его отчаяние.

Бред величия связан с утратой контроля над границами тела. Моя пациентка мисс Люси выразила это ощущение следующим образом: «Я чувствую, что раздуваюсь, как гиппопотам. Я чувствую себя такой огромной, что не могу войти в метро». Такое «раздувание» означает, что ее панцирь больше не может ее удерживать. Одной из функций ее панциря была защита от рассеивания и последующей утраты своей идентичности; чувство бесконечности и экспансия телесного пространства также выражали ее всемогущее стремление захватывать все окружающее ее пространство.

По моему мнению, экспансия является движением границ тела вовне, но при этом оно остается привязанным к телу. Это более примитивный механизм, чем проекция и проективная идентификация, которые предполагают, что мы проецируем нечто в пространство за пределами тела, таким образом отделяясь от него. Я бы добавил к этому, что некоторые черты иллюзорной тучности содержат те же всемогущие фантазии экспансии.

Мой пациент, страдающий от шизофрении, верит, что он — «большой взрыв», и поэтому Вселенной грозит опасность, если его тенденция к экспансии будет продолжаться и завершится взрывом. Этот пациент, которого я буду называть Эдуардом, — молодой человек 22 лет. Он чувствует, что если он будет «большим взрывом», новым Богом, то станет угрозой для живых богов, а стало быть, для престижа своего отца и деда (они оба являются важными богоподобными фигурами во французской правовой системе). В их присутствии он чувствует себя всего лишь «маленькой хлопушкой», но в своих иллюзиях он «большой взрыв», и это дает ему необычайную силу. В то же время это очень огорчает его, поскольку это может разрушить существующий мир, частью которого он сам является — и все, что ему нравится в этом мире, тоже будет уничтожено. По сути, в этом состоянии он полагал, что собирается породить новую Вселенную, а значит, уничтожить старую, а отец и дед (и Великий Отец, то есть Бог) накажут его за это.

Его бред величия в фантазии о большом взрыве означал, что, если в ходе своего кризиса он взорвется, то все фрагменты его тела и сознания станут звездами и планетами в его собственной

вселенной. В таком случае все будет вращаться вокруг него — но он будет одинок в этой вселенной в своем бесконечном полете через пустое пространство. Цена, которую приходится платить за приземление, — «срыв», то есть распадение на кусочки. Экспансия его Эго (иллюзорного Эго) не мешает расширяющейся проективной идентификации с безграничностью растущей Вселенной.

Через несколько сессий Эдуард почувствовал, что у него в желудке бомба, что он приравнивал к «большому взрыву». Я понял — и пытался проработать вместе с ним, — что его тело было не готово к осуществлению такой огромной бредовой цели. С другой стороны, он привык «собирать» (в течение долгих лет) переживания фрустрации и скорби, которые были столь болезненными, что он не мог переварить их. В определенный момент основная часть его бредовых фантазий соматизировалась таким образом, что он был не способен ментализировать их и продолжать удерживать эту болезненную ношу; он не мог приходить на сессии и прошел медицинское обследование по поводу невыносимой боли в желудке (он чувствовал, что скоро взорвется) в госпитале Отель Дье — то есть буквально в Обители Бога!

Экспансия и инфляция самости стали в случае Эдуарда неконтролируемой бредовой целью: чтобы удерживать такое напряжение и боль в своем теле, ему время от времени требовалось дополнительное тело — госпиталь (Бога), которое помогало контейнировать висцеральные жалобы. В сновидении он увидел, как его внутренности вываливаются из умывальника, — раковина не могла контейнировать их. Все его тело было подобно неконтейнируемому туалету полутрупа. Между живыми и мертвыми частями его тела, между нарциссизмом и деструктивной властью или становлением Богом, порождающим новую вселенную, оставалась невыносимая иллюзия. В подобных случаях утрата иллюзии становится невыносимой нарциссической раной и приводит к невыносимой болезненной депрессии (чувству утраты).

Позже я узнал, что соматизировавшийся кризис в его желудке начался в метро, когда он услышал, что какая-то женщина с кем-то говорила о Боге и религии. На следующей сессии он спросил, почему он должен верить в религию или в Бога. Я вернул ему этот вопрос: «И действительно, почему, если Вы сами, как большой

взрыв, являетесь творцом Вселенной? Как может монотеистический Бог поверить в существование другого Бога?». Он ответил: «Все это началось, когда я хотел быть свободным. Я был молодым — еще подростком — и очень боялся темноты. Однажды я увидел ужасный кошмар. Когда я проснулся, кошмар продолжался. Кровать свернулась вокруг меня как ловушка (он изобразил нечто вроде поглощающей пасти). В этот момент по моему телу проскакала лошадь». Я вспомнил, что слово «кошмар» (*nightmare)* описывает безумную и неконтролируемую лошадь (*mare)* в ночи (*night*). Его свобода была безумной свободой. Р. Д. Лэнг часто говорил: «*Безумие — это не всегда срыв. Оно может быть и прорывом. В нем есть не только порабощение и экзистенциальная смерть, но и потенциальное освобождение и обновление*». В случае Эдуарда психотическая свобода была попыткой вырваться из клетки — но это привело его лишь в другую клетку. Дефляция его бредовой космической вселенной подразумевала невыносимую болезненную депрессию, которую не могло контролировать ни его сознание, ни его тело. Это основная дилемма между психотической и непсихотической частями личности (Бион, 1967). Дилемма концентрируется на осознании или отрицании внутренней и внешней реальности. Психотическая или разбитая самость расщепляется на множество фрагментов или частиц, которые проецируются или расширяются неконтролируемым образом — как безумная лошадь, вырвавшаяся из-под контроля, другими словами, как настоящий кошмар. С другой стороны, осознание и сведение воедино этих фрагментов может приводить к невыносимым чувствам депрессии и безумия; здесь кроется опасность суицида. Атака против другого бога, когда внутренняя мать относится к детской части как к «маленькому богу» (священной части тела нарциссической матери), становится бесконечной войной.

Мисс Люси тоже испугалась, когда почувствовала, что ее тело становится все больше и больше, как гиппопотам, и может взорваться, как бомба, поскольку оно не перестает расти. Как и в случае Эдуарда, недостаток границ в пространстве и времени может восприниматься в состоянии острого кризиса как взрыв. Что остается от Эго? Ему приходится столкнуться с невыносимой всемогущей депрессией.

В ситуации между бредом величия или инфляцией Эго и дефляцией как депрессивным переживанием пациентов, таких как мисс Люси и Эдуард, очень волнует сложность контролирования иллюзорного пространства. Мисс Люси сказала: «Я чувствую себя раздувшейся и уродливой. Я такая огромная; похоже, я занимаю весь мир. Я не знаю, что со мной: если я на кого-то смотрю, например на маленького ребенка, он внезапно исчезает из моего поля зрения, как будто его проглотили». Именно это я имел в виду, говоря о «ментальных ложноножках», обволакивающих объект. Бион говорит об этом феномене в терминах патологической проективной идентификации. Здесь различие заключается в том, что при проекции есть выход влечений Эго за пределы телесных границ самости — через пропасть, которая отделяет одно существо от другого, бытие от небытия, Вселенную от утраченных фрагментов. Источник идеи «пропасти» или бездны лежит в начале жизни, когда синкретическое Эго, недифференцированное от объекта, воспринимает промежуточное пространство как бездонную пропасть.

Проективная идентификация до сих пор формулировалась в терминах представления обычного человека о трехмерном пространстве. С другой стороны, Бион предложил идею многомерного пространства (пост-Эвклидова геометрия), а Игнасио Матте Бланко разработал *концепцию многомерности бессознательного*.

Одной из характеристик представлений Матте Бланко является отсутствие противоречия между двумя или более импульсами, которые кажутся несовместимыми для Аристотелевой логики. Их сочетание представляет собой единство, которое достигается посредством конденсации. Это означает, что различные влечения или частичные объекты можно воспринимать как части общего целого, то есть они не исключают друг друга. Я надеюсь разработать некоторые из этих идей в своей статье «Симметричные мысли и протосимволическое равенство», отчасти основанной на статье Ханны Сигал «Заметки о формировании символа».

Как известно, Мелани Кляйн пыталась понять ранние состояния психики ребенка, и она смогла обогатить наши знания состояний регрессии психотических и непсихотических пациентов. Она доказывала, что депрессивные феномены возможны только после параноидно-шизоидной позиции; однако, как предполагает

Мелцер, это может быть изменено. Если мы примем существование раннего Эго, опыт рождения подразумевает депрессивное переживание сепарации и скорби. В докладе, который я прочел в Милане (в 1971 году) в Итальянском Институте Психоанализа, я развивал идею изначально смешанного состояния, при котором Эго или ментальный аппарат не обладает способностью к отчетливым идеям или даже к выраженному расщеплению. «Я» (и его взгляд), так же как и фотокамера, должны иметь усовершенствованный фокус, чтобы адекватно функционировать и справляться с нарциссической болью и ранами и с ранней тревожностью преследования, которая обычно трансформируется в идеализированные образы. Согласно Кляйн чрезмерная идеализация сопутствует переживанию преследования. Поэтому идею красоты и степень тревожности трудно измерить, поскольку восприятие и галлюцинация близки друг другу; а монструозные восприятия и кошмары, возможно, составляют часть весьма травматичного переживания: рождения.

Обсуждение

В этой статье я пытался проиллюстрировать свои основанные на исследованиях представления о нарциссических ранах при психозе, в частности, когда бредовая конструкция пациента переживает развенчание или дефляцию. Если пациент не находит подходящего защитного сеттинга, он будет в опасности — и может даже совершить самоубийство.

Утрата патологической иллюзии — *dis-illusion* или *de-lusion*[6] — это весьма болезненное переживание, которое сложно переносить. Чтобы пациент выздоровел, ему необходимо найти адекватную среду или кризисный центр; эта защита поможет ему пережить невыносимую утрату или процесс оплакивания, который ему необходим.

Когда психотическая часть личности ранена и чувствует боль, психоаналитик и другие члены терапевтической команды должны *помочь пациенту найти поддержку внутри себя, в непсихотической части личности*.

[6] Разочарование или бред. — *Прим. перев.*

Иногда процесс разочарования в иллюзорном нарциссическом веровании протекает относительно спокойно. Это произошло с моей пациенткой, которую я буду называть «Каролина»; она была университетским преподавателем и после многих лет анализа со мной во Франции увидела следующий сон.

Она ехала в роскошной темной машине с одной женщиной, своей коллегой, которую она характеризует как очень энергичную и «маскулинную». Во время поездки она поняла, что больше не может выносить нарциссическую, эксгибиционистскую и фаллическую сторону личности коллеги. Она не понимала, куда они едут в темной машине с хорошо одетым водителем. Я спросил ее название улицы, по которой они ехали; она ответила: «Авеню де Севастополь», и в ассоциациях сказала, что «Севастополь — это сражение, в котором потерпел поражение Наполеон Бонапарт» (в России). Моя консультационная комната находится на улице Бонапарта (в Сан-Жермен де Пре). В другой части сновидения она видит прекрасный ландшафт. Она находится там в одиночестве и кормит неким мистическим образом стайку воробьев; это у нее ассоциировалось со святым Франциском Ассизским.

Из этих двух аспектов ее сновидения следовал вывод, что после многих часов анализа ее «бредовый нарциссизм» — уподобление Наполеону — потерпел поражение от аналитика с русским происхождением (Резник); путешествие в роскошной темной машине было похоронным ритуалом, в котором ее иллюзорный идеал Эго, идеализированная часть ее личности, переживает поражение (и дефляцию); другими словами, умирает. Эти два персонажа, пациентка и ее коллега, представляют собой феминную и фаллическую части ее личности, которые находились в конфликте; они обе присутствовали при умирании нарциссического соглашения и проекта — стать если не Наполеоном, то выдающимся учителем, который заботится о своих маленьких подопечных, как о воробьях в сновидении. Потерпевшая поражение безумная часть личности, которая верила, что она Наполеон (маскулинная часть), хотела во втором фрагменте сновидения найти облегчение в том, чтобы стать мистической фигурой, творящей лишь добро (как святой Франциск Ассизский со своей спутницей, которую он называл сестрой). Пациентка ощущала депрессию и была ранена осознанием того, что она хоронит свои нарциссические верования. Конечно, поскольку она могла быть доброй к другим людям, которые верили в нее, она пыталась найти компромисс между сохранением мистической роли и тем, чтобы быть человеком, быть скромнее, быть простой пациенткой, которая может принимать помощь от своего аналитика (а не чувствовать, что он наносит ей поражение). Герберт Розенфелд (1987: 22) провел важные исследования нарциссической деструктивности в трансфере и ее связи с негативной терапевтической реакцией. Моя пациентка Каролина долгое время переживала в анализе со мной негативную терапевтическую реакцию, скрывавшуюся за сильной идеализацией аналитика: это идеализированное Эго было проекцией ее собственного мегаломанического Эго-идеала. После дефляции ее Эго-идеала и идеального Эго она смогла переживать депрессивные чувства утраты гипертрофированной высокомерной части своей самости.

Похороны были необходимым ритуалом, который позволил ей пережить «смерть» патологического аспекта ее личности и возрождение всего, что было в ней искреннего и хорошего и что не должно было скрывать за мистификациями ее истинную ценную идентичность.

Выводы

Я хотел, чтобы мой вклад в эту книгу о депрессии включал в себя некоторые ссылки на аналитическое исследование нарциссической депрессии у психотиков, пограничных пациентов и пациентов с нарушениями характера, которое я продолжаю осуществлять. Очень сложно пытаться помочь пациентам, которые выстроили тщательно разработанный нереалистический образ себя. Если они смогут вынести давление негативных чувств и процесс оплакивания после утраты патологического нарциссизма, у них сможет развиться искреннее принятие себя и других — нормальные нарциссические и «социальные» чувства.



Дэвид Розен[1]

Депрессия и суицид[2]

Аналитическая психология, по сравнению с фрейдовским психоанализом, мало изучала депрессию. Это различие особенно выражено в отношении темы суицида. Действительно, Юнг — в отличие от Фрейда — не написал отдельного очерка или книги ни о депрессии, ни о суициде. Я надеюсь внести свой вклад в более эффективное юнгиански-ориентированное лечение депрессии и предотвращение суицида.

Депрессия

В классической работе Фрейда «Скорбь и меланхолия» (SE 14) нормальное оплакивание противопоставляется патологической депрессии. В скорби присутствует реальная утрата — смерть любимого человека; при меланхолии любимый человек не умирает, но он утрачен как объект любви или удовлетворения. Отчаявшийся индивид чувствует гнев в отношении утраченного объекта любви, но из-за того, что этот гнев нельзя выплеснуть на любимого, Эго человека обращает его против себя. Это депрессивное обращение

[1] Дэвид Розен — психиатр, доктор медицины, профессор аналитической психологии, возглавляет отделение психологии в Университете Миссури (США). E-mail: dhr@psyc.tamu.edu

[2] Впервые опубликовано в журнале Межрегионального Общества Юнгианского Анализа «Открытые вопросы в аналитической психологии».

усугубляется чувством вины (со стороны жесткого Супер-эго) за наличие этого гнева. Абрахам (1917), последователь Фрейда, объяснял депрессию блокировкой либидо. Он заявлял, что когда люди отказываются от своих сексуальных желаний, не удовлетворяя их, они чувствуют себя нежеланными и нелюбимыми, что приводит к упрекам в свой адрес и принижению себя.

Пока Юнг был фрейдистом, он тоже рассматривал депрессию как блокированное либидо или состояние «я застрял». Однако после разрыва с Фрейдом Юнг сам пережил глубокую депрессию и утрату своей ложной (фрейдистской) самости, что было связано с завершением «Жертвоприношения», последней главы «Метаморфоз либидо»[3] (CW 5). Расставание с Фрейдом также привело Юнга к прорыву; он переживал меланхолию как регрессию в символическую утробу (*prima materia*, или коллективное бессознательное), и эта регрессия привела к «утрате души», за которой последовала психическая смерть и возрождение. Юнг обнаружил, что жертвоприношение его героической идентичности — утрата Эго — создало пустоту, которая позволила духу войти и завладеть его утраченной душой.

Постюнгианцы выражали различные взгляды на депрессию и ее ценность. Например, Одайник (1983) утверждал, что депрессии полезны и целительны, только если Эго остается невредимым и защищается от давящих влечений и удовлетворяет требования бессознательного. Это больше похоже на фрейдистский или постфрейдистский взгляд. Моя позиция, напротив, заключается в том, что Эго должно пережить символическую смерть, чтобы произошло значимое изменение и исцеление. Штейнберг (1984) выражает похожие идеи. Используя модель искупления, он рассматривает успешный анализ депрессивных индивидов как процесс, включающий в себя смерть негативных родительских интроектов (которые депрессивный индивид склонен проецировать на других людей) и возрождение заново построенного Эго, которое связано с самостью. Позже Штейнберг (1990) подчеркивал, что Юнг рассматривал депрессию как явление, имеющее своей целью

[3] В России эта книга издана под названием «Либидо, его метаморфозы и символы». Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994.

творческое и потенциально трансформирующее в переживании, смерть-возрождение.

Депрессия также действует как нормальный биологический процесс консервации-отстранения, который защищает индивида и дает ему периоды отдыха или инкубации, такие как сон или обновляющий отдых. Когда у человека действует механизм консервации-отстранения, он погружается в состояние адаптивной депрессии. Эта реакция не является ненормальной, это естественный и, возможно, очень важный процесс, подобно одиночеству в концепции Сторра (1989) — состоянию, необходимому для активного воображения, творчества и восстановления психического здоровья. Депрессия становится ненормальной или патологической, когда индивид остается запертым в состоянии тьмы и недееспособности вместо того, чтобы пройти сквозь него и, в идеале, его трансформировать.

Оскар Уайльд сказал: «Где печаль, там и святая земля». Мои представления о депрессии тоже имеют под собой архетипическую и духовную основу. Подобно Юнгу — и в отличие от фрейдистов и современных психиатров, основывающихся на биологии, — я рассматриваю депрессию как потенциально благоприятный аффект, который связан с поиском смысла. Мой подход к пониманию депрессии является холистическим и включает в себя системную модель. Как показано на диаграмме, необходимо рассматривать четыре фактора депрессии: биологический, психологический, социологический и экзистенциальный/духовный. Подобно Юнгу, я считаю душу (отражающую четвертый фактор) основным элементом в процессе исцеления.

Суицид

Когда депрессия перестает быть нормальной и человек пребывает во тьме и отчаянии, суицид становится реальностью. Меннингер (1938) утверждает, что мы (аналитики, терапевты и целители) ответственны за предотвращение суицида.

Фрейд постулировал наличие двух фундаментальных влечений в человеческой психике: сексуальное (либидо, или инстинкт жизни) и агрессивное (*destrudo*, или инстинкт смерти). В суициде

агрессивное влечение или влечение к смерти обращается против себя. Часто суицид — это замаскированное убийство.

Меннингер уточнил концепции Фрейда и постулировал, что для суицида необходимы три компонента: желание убить; желание быть убитым; желание умереть. *Эго становится убийцей, а жертвой — самость.* Меннингер также подчеркивает, что самоубийца хочет, чтобы его спасли; это желание формирует основу для предотвращения суицида и для всей терапии с депрессивными и суицидальными пациентами.

Французский писатель Альбер Камю призывает нас рассматривать единственную стоящую философскую проблему, а именно проблему суицида. Он разрешает эту проблему, отвергая суицид и фокусируясь на надежде и будущем. Шекспир с помощью своего персонажа Гамлета ставит нас перед той же основной дилеммой: «Быть иль не быть». Похоже, Шекспир использовал свое творчество и активное воображение, чтобы трансформировать свою суицидальную «ложную самость» во вдохновенную и творческую «истинную самость». Винникотт (1986) говорил, что если истиная самость не может проявиться, результатом станет самоубийство, осуществленное ложной самостью, то есть доминантной негативной эго-идентичностью.

К юнгианским представлениям о предотвращении суицида обращается Клопфер (1961). На основе очерка Юнга «Душа и смерть» (прежде чем были опубликованы письма Юнга, касающиеся суицида) он сделал вывод, что Юнг не одобрил бы суицид. Клопфер считал, что суицид представляет собой желание духовного возрождения, но он подчеркивал, что основным моментом является символическая смерть Эго, которое утратило связь с самостью, а следовательно, цель и смысл жизни. Эго должно вернуться к коллективному бессознательному и в утробу великой матери, чтобы восстановить этот контакт и возродиться с новым смыслом жизни. Джейн Вилрайт (1987) выражает подобную точку зрения таким образом: «*Наши периоды депрессии, как переживания смерти в миниатюре, могут быть в некотором смысле использованы как упражнение в окончательном уходе...* Неверное понимание этого процесса чаще всего приводит людей к самоубийству. Погружение

вниз и демобилизация, сопровождающие глубокую депрессию, ошибочно принимаются за ощущения физической смерти, а не психической смерти, предшествующей психическому возрождению» (с. 407). Сегодня из писем Юнга действительно стало ясно, что он был однозначно против суицида как преступления против самости (Письм. 1, с. 434; Письм. 2, с. 25, 278–79).

Работа Хиллмана (1964) будит философскую мысль, но она опасна и не слишком полезна в клиническом смысле; он критикует психиатрическое лечение, предотвращение суицида и — как ни странно — надежду. Тем не менее плюсом Хиллмана является то, что он обсуждает влечение к трансформации, присущее суициду. Однако он рассматривает суицид как рациональное деяние, которое необходимо уважать и принимать, и рекомендует аналитику сохранять «бесстрастную научную объективность» в отношении этого действия. Поскольку депрессивные и суицидальные пациенты гиперчувствительны и уязвимы, они могут воспринять такую холодную отстраненную нейтральность как «контртрансферную ненависть», а такие воспринятые ими отвержение и покинутость могут привести к реальному суициду. Кирш (1969) также критикует подход Хиллмана, поскольку он принижает и даже игнорирует значимые медицинские оценки и лечение, а также предотвращение суицида.

По-моему, предотвращение суицида — который часто связан с депрессией и почти всегда с безнадежностью — включает в себя убийство суицидальной части Эго (что я называю «эгоцид») и переживание трансформации. Это достигается путем анализа, вплоть до идей самой смерти, негативной и самодеструктивной части Эго (часто представленной тенью), что приводит к символической смерти и новой жизни. Когда мы сталкиваемся с яркими и разнообразными символами в глубине депрессии, она может быть обращена в фонтан творческой энергии. При помощи активного воображения и творчества суицидально депрессивные пациенты могут трансформировать свою самодеструктивную ложную самость в значимую истинную самость. (см.: Розен, 1996).

Эгоцид и трансформация: случай Юнга

После разрыва с Фрейдом Юнг погрузился в темную бездну глубокой депрессии и в глубины коллективного бессознательного. Он прошел через суицидальный кризис в декабре 1913 года и пережил эгоцид (убийство негативного Эго) прежде, чем установил контакт со своим внутренним Илией. В своем сновидении Юнг (MDR) *был вместе с темнокожими дикарями; они стреляют в Зигфрида и убивают его*. Когда он проснулся, голос внутри него сказал: «Ты должен понять это сновидение... немедленно! Если не поймешь (его), ты должен будешь застрелиться!» Юнг говорит нам о том, что он был напуган, так как в ящике его ночного столика лежал заряженный революьвер. К счастью для него и для нас, момент эгоцида прошел и Юнг осознал: «Сновидение показывало, что установка, которую воплощал Зигфрид, [немецкий] герой, больше меня не устраивала. Поэтому ее необходимо было убить» (с. 180). Таким образом, Юнг и представители его «первобытной тени» психически убили этот негативный аспект его доминантного фрейдовского эго-образа и идентичности. Затем Юнг погрузился еще глубже в архетипический мир, где он встретил Илию.

Душевный приступ, недееспособность и процесс исцеления

Есть древняя традиция связывать депрессию с повреждением или утратой души. Под душой я имею в виду просвещающий дух или жизнетворную силу, которая порождает те стабилизирующие, интегрирующие силы, которые помогают человеку стать целостным и по-настоящему человечным. Такой человек может находить смысл в жизни и быть оптимистичным, чувствительным, восприимчивым, эмпатийным, творческим. Если душа подвергается атаке или человек чувствует разрыв связи с той силой, которая поддерживает жизнь, он ощущает себя мертвым и зачастую так погружается в депрессию, что хочет покончить с собой. Жертва «душевного приступа» становится недееспособной или «не способной» функционировать.

Этимологический корень слова «исцеление» — *haelen,* что означает сделать или стать целостным. Следовательно, исцеление — это

процесс, направленный к целостности, который кульминирует в интегрированности и наличии смысла и цели жизни. Шаманы, основываясь на исцелении собственной глубокой депрессии, связанной с утратой души, могли помогать индивидам с похожими нарушениями исцелиться. По сути, предшественниками современных специалистов в области психического здоровья были шаманы или «врачеватели душ». Архетип «раненого целителя» близок и дорог сердцам многих юнгианцев. Следовательно, решающей значимостью обладает ясная, ориентированная на жизнь философия, которая включает в себя нахождение смысла в своей собственной жизни и помощь другим в этом деле.

Платон говорил, что одно из тех мест, где обитает душа, — это сердце, и поэтому он проводил прямую связь между сердцем и душой. Таким образом, у популярной песни «Heart and Soul» есть архетипическая основа. Сердце и душа представляют собой жизненную суть тела и психики, которую слишком долго искусственным образом разделяли. Вред сердцу и душе человек часто наносит сам; это активируется негативными материнским и отцовским комплексами и последующим принятием вредоносных ядов, таких как никотин и алкоголь. Сердечные и душевные приступы поэтому ассоциируются с возможностью утраты сердца и души — со смертью.

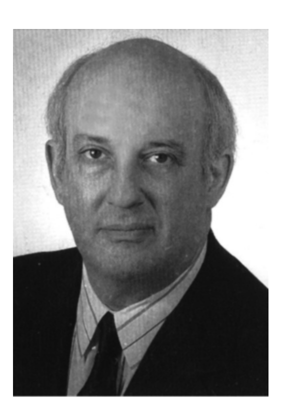
Нам необходим термин «душевный приступ» в каждодневном дискурсе, подобно имеющемуся у нас термину «сердечный приступ». Почему? В первую очередь потому, что он помог бы преодолеть стигму, связанную с депрессией и суицидом. Стало быть, программы лечения и предотвращения стали бы больше приниматься. Население Америки, похоже, охотно принимает слово «душа», что можно видеть по книгам Томаса Мура (1992, 1994), ставшим бестселлерами. Думаю, что люди смогут понять смысл и значимость «душевных приступов».

Параллельно нашему терапевтическому подходу к жертвам сердечных приступов и отделениям для помощи больным сердечными заболеваниями должны существовать отделения психической помощи, в которых предоставлялась бы неотложная интенсивная помощь пациентам с душевными приступами, в первую очередь забота об их душе. Принятие термина «душевный приступ» может направить больше ресурсов на эффективное лечение, реабилитацию и предотвращение глубоких депрессивных и суицидальных состояний. Люди, переживающие душевный приступ, столь же недееспособны, как и те, у кого наблюдается сердечный приступ. В обоих случаях произошла смерть и утрата. У жертвы сердечного приступа произошла смерть кардиальной ткани, и для исцеления и регенерации требуется время. После острой фазы необходим осторожный период с дальнейшим лечением и наблюдением вне госпиталя для предотвращения сердечных приступов в будущем. У людей, страдающих от душевного приступа, присутствует психическая рана и символическая смерть — эгоцид. Эгоцид (в противоположность суициду) позволяет исчезнуть ложной самости (символическая смерть) и начаться новой жизни на основе истинной самости. Как сердечному приступу может предшествовать стрессовое событие (например, утрата работы), так и душевному приступу может предшествовать утрата, например развод. Эгоцид позволяет свершиться (иногда — необходимой) смерти части идентичности человека, но сам человек остается жить. Как и при любом кризисе, есть опасность — в данном случае суицид, — но есть и возможность самоактуализации.

Как может финансироваться лечение субострой и хронической фаз лечения? Помимо медицинской страховки для помощи людям во время процессов регенерации и длительного исцеления часто доступна страховка по недееспособности. Как уже отмечалось, процесс лечения включает в себя четыре фактора: биологический, психологический, социальный и экзистенциальный/духовный. Мы всегда должны обращаться ко всем этим факторам. Для жертв душевного приступа процесс исцеления может включать в себя антидепрессанты, психотерапию, обучение новой профессии или групповую терапию, а также помощь в воссоединении с душой и восстановление смысла и цели жизни. Нам следует быть сторонниками не просто минимума, не только «излечения» и «выживания». Хотя выживание и лечение чрезвычайно важны, в первую очередь необходимо заботиться о душе и процессах исцеления.

Если будет достигнуто исцеление, это будет означать возрождение и жизнь без причинения вреда сердцу и душе. Переживание угрожающего жизни душевного приступа позволяет трансформи-

ровать депрессию, покончить с озабоченностью, которая угрожала оборвать жизнь человека, и впустить дух в прежнюю пустоту суицидальной меланхолии. Ключевым аспектом этого исцеления является трансформация деструктивной энергии в творчество и конструктивные действия. Арт-терапия и то, что Юнг обозначил как «активное воображение», — это основные лекарства для души.



Майкл Стоун[1]

Взаимосвязь пограничного расстройства личности и аффективного расстройства[2]

Связь между *пограничным расстройством личности* (ПРЛ), которое определяется в Диагностическом и Статистическом Руководстве по Психическим Расстройствам Американской Психиатрической Ассоциации (1980; 1994), и аффективным расстройством остается столь же спорной, как и в 1980 году, когда ПРЛ впервые включили в DSM. Для объяснения того (не вызывающего особых споров) факта, что аффективные расстройства — особенно депрессия — часто встречаются у пациентов с ПРЛ, по мере развития их заболевания с течением времени, был предложен ряд гипотез.

Согласно одной их этих гипотез ПРЛ и аффективное расстройство этиологически не связаны между собой, учитывая, что депрессивные эпизоды встречаются и при других расстройствах личности — приблизительно с той же частотой, как и при ПРЛ. С этой точки зрения, аффективные расстройства не имеют особой связи с ПРЛ. Мы можем обозначить это как довод *совпадения*.

Другая гипотеза говорит о причинной связи между этими двумя явлениями. Согласно этим взглядам аффективное расстройство

[1] Майкл Стоун — доктор медицины, профессор клинической психиатрии, психоаналитик, ведет частную практику, преподает в колледже врачей и хирургов Колумбийского Университета, Нью-Йорк Сити.

[2] Специально для русского издания «Психоанализа депрессий...».

действительно может предшествовать и предрасполагать к нестабильности настроения, недостаточному контролю над импульсами и преувеличенным реакциям на различные стрессы (в особенности межличностные). Эти черты составляют ряд ключевых критериев ПРЛ (лабильность настроения, импульсивность, неумеренный гнев и манипулятивные суицидальные действия). Эти черты, взятые в совокупности, приводят к одновременному диагнозу ПРЛ. Это довод *причинности*.

Третья гипотеза утверждает, что аффективное расстройство и ПРЛ проистекают из общего источника, эволюция которого такова, что признаки аффективного расстройства появляются раньше (например, в начале подросткового периода), чем признаки ПРЛ (полная картина которого проявляется обычно в конце подросткового периода или в начале взрослой жизни). Это несовпадение времени их развития создает впечатление, будто аффективное расстройство вызывает ПРЛ, тогда как «на самом деле» (согласно этой гипотезе) то и другое является эпифеноменом нейрофизиологических отклонений в центральной нервной системе (ЦНС), связанных с регуляцией аффекта. В качестве одного из таких отклонений было предложено рассматривать генетические или конституциональные факторы, которые приводят к понижению доступного серотонина в ключевых цепочках ЦНС. Это довод *корреляции*.

С точки зрения клинического опыта ряд наблюдений подтверждает каждую из этих гипотез: *совпадения*, *причинности* и *корреляции*, тогда как другие наблюдения позволяют усомниться в их достоверности.

Клинически, например, мы время от времени наблюдаем пациентов, у которых ПРЛ можно диагностировать в конце подросткового периода при соответствии как минимум пяти критериям ДСМ. Некоторые из этих пациентов еще не страдают от явной депрессии или других аффективных симптомов (таких как колебания настроения биполярного типа). Но определенная часть этих пациентов, если обследовать их ближе к тридцати годам, будут демонстрировать явные признаки периодического депрессивного расстройства или биполярного расстройства («биполярного-1» или «биполярного-2») (Стоун, 1990). Развитие в направлении биполярного-2 — то есть гипоманиакальных эпизодов, за которыми следуют все более глубокие и длительные депрессивные эпизоды — более распространено, чем развитие в направлении полномасштабной мании с бредом, характерной для маниакальной депрессии биполярной-1. Как известно, маниакально-депрессивное заболевание, в особенности его биполярные формы, имеет сильные генетические компоненты и является пожизненным состоянием. Это означает, что у маниакально-депрессивного заболевания, даже если оно клинически распознается в возрасте 25 или 35 лет, были предшествующие клинические манифестации; это врожденная предрасположенность, она «всегда здесь», *in statu nascendi*. Но этого нельзя сказать о ПРЛ относительно маниакальной депрессии. То есть нет убедительных оснований полагать, что ПРЛ может «вызывать» маниакально-депрессивное заболевание. Ведь это означало бы, что ПРЛ как-то вызвало предшествующее наследственное состояние. Даже если у подгруппы пациентов с ПРЛ — самой информативной группой здесь являются идентичные близнецы, которые росли раздельно, — есть близкие родственники с синдромом ПРЛ, так что само ПРЛ было, по крайней мере в их случае, наследственным состоянием, едва ли можно будет утверждать, что ПРЛ вызывает маниакальную депрессию. Скорее можно сказать, что и маниакальная депрессия, и ПРЛ являются примерами нарушения регуляции настроения вследствие (возможного) общего генетического дефекта. Таким образом, еще не зная результатов дальнейших исследований, можно утверждать, что высказывание «Маниакальная депрессия иногда вызывает ПРЛ» имеет под собой основания, тогда как обратное высказывание «ПРЛ может иногда вызывать маниакальную депрессию» обосновать сложнее. Это аргумент в пользу гипотезы корреляции, но *лишь односторонней*: маниакальная депрессия может вызывать ПРЛ.

Спор о ПРЛ и аффективном расстройстве: как он возник?

Чтобы понять природу спора об этих двух состояниях, важно учесть историческую перспективу. Термин «пограничный» используется в психиатрии на протяжении приблизительно 125 лет. Крепелин писал о Zwichengebeit расстройств, которые находятся в промежутке между более мягкими неврозами и более глубокими

психотическими состояниями. Понятие «пограничный» сохраняло это значение многие годы, даже после того, как оно в 1920-х годах перешло в распоряжение психоаналитического сообщества. Чаще этот термин использовался для обозначения расстройств, которые напоминали шизофрению, но не сопровождались более зловещими ее признаками, такими как явный бред и формальное нарушение мышления или странности речи, встречающиеся в картине развившейся шизофрении. Фраза «*пограничная шизофрения*» использовалась для обозначения этих более мягких состояний. Хотя некоторые аналитики, например Эдит Якобсон, писали о состояниях, которые кажутся пограничными в отношении маниакальной депрессии, — такие пациенты более дисфункциональны, чем обычный депрессивный невротик в аналитической терапии, но без бредовой грандиозности маниакального или глубокой суицидальности психотически депрессивного пациента, — весьма немногие аналитики в середине двадцатого столетия признавали полезность клинического инсайта Якобсон.

Пациенты, которых описывала Хелен Дойч в статье о личности «как если бы» в начале 1940-х гг., сегодня не показались бы нам примером шизофрении в соответствии с общепринятыми критериями ДСМ (которые скорее соответствуют описанию Крепелина, чем Блейлера). Но она говорит об этих пациентах как о *шизофрениках в начальной стадии*, или *пограничных шизофрениках* — возможно, в качестве реакции на широкие критерии Блейлера, которые все еще были в ходу в ее время. Такое же чрезмерное (как мы решили бы по сегодняшним стандартам) использование понятия «шизофрения» заметно в работах Роберта Найта и Мелитты Шмидеберг о «пограничных» пациентах 40-х и 50-х гг. Хох и Полатин в своих статьях о псевдоневротическом шизофреническом пациенте также описывали то, что они считали разновидностью пограничной шизофрении. Они подчеркивали такие качества, как полиморфно перверзная сексуальность, пан-неврозы (что означает множественные симптомы одновременно обсессивного, депрессивного, фобического и истерического неврозов) и сложности с тестированием реальности. Но лишь после статьи Кернберга в середине 1960-х годов о *пограничной личностной организации* термин «*пограничный*» стал отделяться от концепции шизофрении. В определенном смысле

Кернберг вернулся к прежнему определению пограничного как того, что находится в *промежутке* или на границе между неврозом и психозом, но он привел более специфические критерии для такого диагноза. Более того, описание у Кернберга *трех типов* организации — невротического, пограничного и психотического — скорее относится к *ментальному функционированию в целом* (идентичность, тестирование реальности, способность справляться с тревожностью и использовать защиты высокого уровня, такие как сублимация), чем к *чертам личности*, как это часто понимают. Но из-за того, что он использовал фразу *личностная* организация (а не уровень ментального функционирования), и вследствие влияния его плодотворных и важных работ, в 1980 году, когда рассматривалась возможность включить в диагностическую схему ДСМ (ДСМ-3) «пограничных», Пограничная Личностная Организация сначала была заменена на Пограничное Расстройство Личности (ПРЛ), а затем размещена на оси 2 наряду с другими расстройствами личности. Само по себе ПРЛ было комбинацией ряда пунктов по Кернбергу и ряда пунктов, взятых из описания пограничной личности, созданного в 1970-е годы Гюндерсоном и Зингером. Их описание включало в себя такие пункты, как манипулятивность и неумеренный гнев. Спитцер и другие, кто сводил воедино ДСМ-3, пытались отличить пациентов, которые являются *действительно* пограничными относительно шизофрении (как это описывали Сеймур Кети и другие психогенетики в конце 1960-х), от тех, кто в большей степени соответствовал критериям Кернберга или Гюндерсона. Расстройство пациентов первой группы было переименовано в Шизотипическое Расстройство Личности и помещено в Эксцентрический Кластер (Кластер-А). Термин «пограничный» был оставлен для группы Кернберга—Гюндерсона, основными характеристиками которой были импульсивность и эмоциональная нестабильность. Подумывали даже назвать это *Расстройством Нестабильности Личности*, но в итоге предпочли *Пограничное Расстройство Личности*. Некоторые исследователи (Хэгоп Акискал и я) поражались аффективному качеству различных характеристик, относящихся к ПРЛ, которое стало официально принятым диагнозом после публикации ДСМ-3. У шести из восьми критериев ПРЛ по ДСМ-3 есть этот оттенок аффективности: импульсивность, нестабильные и

интенсивные межличностные отношения, несвоевременный и неумеренный гнев, аффективная нестабильность, самоповреждающие действия и (в меньшей степени) хроническое чувство пустоты.

В ряде исследований, включая семейные исследования, в 1980-х годах отмечалось, что в семьях пациентов с ПРЛ отмечается большее число родственников первой и второй степени с маниакальной депрессией, чем среди населения в целом. Это привело к представлению о том, что ПРЛ может быть каузально связано с первичными аффективными расстройствами либо как *forme fruste* (то есть смягченный или, если угодно, пограничный вариант маниакальной депрессии), либо фенотипически как ранняя форма того, что впоследствии может проявиться как более четко определенное аффективное расстройство, например Маниакальная Депрессия Биполярная-2.

В середине 1980-х годов высказывались противоположные точки зрения; некоторые из них привлекали внимание к тому факту, что депрессия встречалась в подборках пациентов с другими расстройствами личности помимо ПРЛ, другие подчеркивали, что ПРЛ может быть следствием пережитого в детстве насилия (особенно сексуального, как в случае длительного насилия со стороны отца или отчима) даже в семьях, не имевших наследственной предрасположенности к маниакальной депрессии. Джером Кролл в Миннесоте отстаивал вторую позицию вплоть до того, чтобы рассматривать ПРЛ как частный случай Посттравматического Стрессового Расстройства (ПТСД). В большинстве крупных выборок по ПРЛ можно найти пациентов, у которых была *и* соответствующая история, *и* семейная предрасположенность, когда несколько членов семьи страдали от первичных аффективных/маниакально-депрессивных расстройств. Такие случаи, конечно, менее информативны в отношении этиологии ПРЛ, поскольку сложно разграничить два фактора: «природу» и «воспитание», а тем более определить процентное соотношение значения каждого из этих факторов. Поскольку природа множеством способов взаимодействует с воспитанием, возможно, даже было бы ошибкой говорить о «процентах». Едва ли имеет смысл заявлять, что данный случай ПРЛ вызван «на 40% генетическими факторами, а на 60% факторами среды». Скорее, имеет смысл сказать, что в этиологии случая пациента Х. свою роль сыграли и генетические факторы, и

неблагоприятные факторы среды. В качестве иллюстрации можно привести клинический пример:

> У сорокалетней женщины наблюдались признаки маниакальной депрессии биполярной-2, поскольку у нее был ряд кратких эпизодов маниакального легкомыслия, чрезмерной бодрости и сниженной потребности во сне наряду с большим количеством длительных депрессивных эпизодов, причем некоторые из них сопровождались суицидальными действиями и приводили к госпитализациям. Ее отец, дядя по отцу и брат были биполярными-1 личностями и принимали карбонат лития для лечения этого состояния. Ее мать была раздражительной и депрессивной. У нее были продолжительные инцестуозные отношения с отцом, когда ей было 10–15 лет. Ее мать была склонна к физическому насилию и наказаниям. Но инцестуозное поведение отца могло объясняться как часть его маниакальной гиперсексуальности и общей нечувствительности и грубого пренебрежения благополучием дочери. То есть его «природа» подталкивала его к тому, чтобы давать дочери такое ужасное «воспитание». Когда она выросла, ее ПРЛ могло рассматриваться как смесь сильной генетической предрасположенности к маниакальной депрессии и ужасного влияния среды, которое усугубило генетическую компоненту ее психического наследия.

У других пациентов с ПРЛ присутствовала сильная семейная история маниакальной депрессии, но не было ничего или почти ничего, что можно описать как родительское пренебрежение, жестокость, неприемлемое сексуальное поведение, вербальное насилие или другие потенциально неблагоприятные факторы среды. Такого рода пациенты предоставляют наиболее убедительные доказательства генетической предрасположенности к нестабильности настроения такой интенсивности и такого типа, который в подростковом возрасте или в зрелые годы приводит к развитию ПРЛ. Это можно проиллюстрировать следующим случаем:

> Женщину 24 лет направили на психотерапию вследствие множественных симптомов, включая депрессию, злоупотребление алкоголем, агорафобию, анорексию, булимию, предменструальное напряжение, стремление убегать из дома и сексуальный промискуитет. Она росла в благополучной семье; у нее есть старшая сестра. Оба родителя прояв-

ляли теплоту и понимание по отношению к дочерям; пренебрежения и насилия с их стороны не было. Однако мать и сестра пациентки страдали от глубоких депрессий, в связи с чем мать принимала антидепрессанты, а сестра была дважды госпитализирована. У бабушки со стороны матери была агорафобия и депрессия. Тетя со стороны матери проходила лечение от биполярного расстройства-2. Симптомы пациентки стали проявляться вскоре после начала менструаций в 13 лет. В процессе терапии ее поощряли вступить в общество Анонимных Алкоголиков, чтобы справиться с проблемой пьянства. Она смогла отказаться от алкоголя — лишь для того, чтобы начать злоупотреблять бензодиазепинами. Она совершала ряд суицидальных жестов, ее приходилось госпитализировать, и она так привыкла к бензодиазепинам, что на избавление от них ушло три месяца. После возвращения домой из госпиталя ее состояние улучшилось, она больше не страдает от депрессии и работает полный день в оздоровительном центре.

Пациенты с ПРЛ, жизненная история которых может рассматриваться как «информативная» в смысле значимости факторов среды, — это те, кто страдал от серьезного физического, сексуального или вербального насилия или пренебрежения в детстве (или от сочетания всех этих четырех факторов), но их родственники первого и второго порядка при этом не демонстрируют признаков какой-либо формы маниакально-депрессивных расстройств. Следующий случай может служить примером:

Школьная учительница 24 лет поступила в госпиталь Брисбан, Австралия, вследствие суицидального жеста, при котором она перерезала себе запястья и выпила большую дозу аспирина. Отделение, в которое ее приняли, специализировалось на долгосрочной терапии пограничных пациентов. Незадолго до поступления в госпиталь в апреле она пережила жестокую ссору с матерью. Оказалось, что на протяжении многих лет отец пациентки состоял с ней в инцестуозных отношениях; когда мать наконец узнала об этом, она разозлилась на обоих и погналась за дочерью по дому с ножом в руках. Пациентка спаслась тем, что заперлась в спальне и вылезла через окно. После этого она совершила упомянутые суицидальные действия. Находясь в госпитале, она почувствовала интенсивную привязанность к одной из медсестер. Эта сестра стала для нее своего рода приемной матерью, что помогало возместить пренебрежение и отвержение со стороны реальной матери. Но когда восемь месяцев спустя эта медсестра уехала на рождественские каникулы, пациентка сама прибегла к насилию: она пошла домой на выходной, взяла пистолет и, вернувшись, угрожала убить оставшихся в отделении сестер и докторов. Она также устроила пожар в своей комнате. Чтобы проникнуть в комнату и обезвредить пациентку, потребовалась немедленная помощь команды австралийского спецназа, откликнувшейся на звонок докторов. Пациентка оставалась в отделении еще полтора года и хорошо поправлялась; ее бурные чувства концентрировались на ее родителях и на медсестре, которой ей так не хватало. У нее сложились гомосексуальные отношения с другой пациенткой из этого отделения. После выписки они стали жить вместе и смогли справиться с той беспорядочностью, которая характеризовала предшествующую жизнь пациентки. Она вернулась на работу в школу. Что касается ее родительской семьи, ни с одной стороны не было родственников, которые проявляли бы признаки какого-либо аффективного расстройства. Некоторые ее дяди были алкоголиками. С учетом того, что отсутствие маниакальной депрессии у родственников первой и второй степени не является убедительным доказательством *отсутствия* генетической предрасположенности к маниакальной депрессии — тогда как наличие таких родственников предполагает *присутствие* этой предрасположенности, — история *этой* пограничной пациентки все же показывает превосходящую значимость для нее факторов среды.

Конечно, у некоторых пациентов с ПРЛ невозможно обнаружить никаких или почти никаких признаков генетических факторов или факторов среды — по крайней мере, обычных факторов среды (пренебрежение или насилие). Например, в следующем случае единственным значимым с этиологической точки зрения фактором был культурный фактор, то есть конфликт между культурными ценностями и привычками семьи и ценностями и обычаями новой страны. Обычным типом культурного конфликта в таких случаях является конфликт, при котором молодой человек чувствует себя предателем в отношении родителей, когда в подростковый период он начинает встречаться с партнерами, выросшими в другой среде, заниматься запретным для культуры родителей добрачным сексом

или вести себя еще каким-либо образом, нарушая запреты и ожидания раннего воспитания.

Женщина 26 лет была госпитализирована вследствие суицидальной попытки: она приняла большое количество таблеток снотворного после расставания с партнером, с которым встречалась два года. Она выросла в семье, эмигрировавшей в Соединенные Штаты из Греции, когда пациентке было два года. Ее родители были успешными инженерами, дававшими внимание и любовь пациентке и ее сестре. Родители тепло относились друг к другу и оказывали поддержку своим дочерям в юности. Ни у кого в расширенной семье не было никаких психиатрических заболеваний и тем более нарушений настроения. Присутствовал определенный культурный конфликт в том смысле, что родители были «старомодными» и подчеркивали необходимость академических достижений; они много времени уделяли помощи дочерям в выполнении домашних заданий, но не одобряли их «свидания» с мальчиками. Родители надеялись устроить своим дочерям после окончания колледжа браки с сыновьями других профессионалов в небольшом греческом сообществе Нью-Йорка. Когда пациентке исполнилось 24 года, она настояла, что будет встречаться с мужчиной, которого встретила на своей работе, — но она была совершенно не готова к сложностям отношений мужчина—женщина из-за того, что прежде не встречалась с мальчиками. Мужчина, в которого она влюбилась, относился к ней с жестокостью и презрением, но она испытывала такой голод по привязанности и была настолько не уверена в себе, что предпочитала терпеть плохое обращение, но не прерывать отношения. После госпитализации она стала проходить психотерапию два раза в неделю, принимать антидепрессанты и медикаменты от тревожности — но долгое время не могла принять тот факт, что эти отношения действительно закончились. Она сотню раз за день звонила в офис своему бывшему приятелю, посылала ему бесчисленные оскорбительные послания по электронной почте и даже звонила с угрозами его родителям. Чрезвычайно эмоционально лабильная, она часами плакала, думая о том зле, которое он ей причинил, и была на грани потери работы, так как эти рыдания и телефонные звонки мешали ей выполнять служебные обязанности. Через два года терапии ее состояние улучшилось; у нее осталась склонность к слезливости при

стрессовых ситуациях, но в меньшей степени, чем когда она пришла на лечение. Затем она встретила более подходящего мужчину, который относился к ней с добротой и уважением. Ее родители были счастливы узнать о ее выборе. Молодые люди обручились и в ближайшем времени собираются пожениться.

Обсуждение

С помощью приведенных выше клинических примеров я надеялся продемонстрировать, что связь между первичным (имеющим генетическую основу) аффективным расстройством и ПРЛ у некоторых пограничных пациентов (особенно представляющих картину биполярной-2) является явной и впечатляющей, тогда как у других развитие ПРЛ никак или почти никак не связано с генетической предрасположенностью.

Одной из основных причин продолжающихся споров вокруг этой темы является различие подборок. Под этим имеется в виду расхождение, часто поразительное, между группами пациентов с ПРЛ в различном сеттинге, в различных госпиталях, из разных социальных классов, разных стран и т. д. Существует значительная гетерогенность среди пациентов с ПРЛ в целом, поскольку ПРЛ — категория, объединяющая их *описательно*, а не этиологически. В этом смысле ПРЛ подобно «водянке» восемнадцатого столетия, относящейся к скоплению жидкости в конечностях и где-либо еще в организме. В дальнейшем оказалось, что «водянка» может быть следствием целого ряда причин: сердечной недостаточности, анормальности вен в ногах, цирроза печени и т. д.

Что касается ПРЛ, в определенных психиатрических центрах большинство пациентов страдали от крайних форм родительского насилия, но не демонстрировали существенных признаков предрасположенности к маниакальной депрессии. Исследователи из таких центров заключают, что ПРЛ основано на пережитом в детстве насилии, как доказывал Кролл. В других центрах семейная история пациентов с ПРЛ во многих случаях позволяет выявить ряд близких родственников с повторяющимся депрессивным или биполярным расстройствами. Исследователи в таких центрах становятся на противоположную точку зрения — что ПРЛ является смягченной

или ранней формой маниакальной депрессии. Определенную роль играет и социальный класс: родительское пренебрежение и насилие чаще встречаются в бедных семьях, чем в семьях среднего класса, что продемонстрировали в исследовании насилия в семье Штраус и Геллес. Клиницисты, работающие с пограничными пациентами из бедных семей, чаще видят доказательства пренебрежения, физического насилия и инцеста и, возможно, меньше признаков маниакальной депрессии в родительской семье.

Хотя область пересечения между ПРЛ и маниакальной депрессией биполярной-2 явно существует, мы не можем пока сказать, насколько она велика. Это является следствием упомянутого различия подборок. Необходимо брать статистику из данных больниц, стационаров, частной практики и даже поголовных эпидемиологических исследований (когда психиатрически больные люди, никогда не обращавшиеся за лечением, проходят интервью и диагноз) из многих сообществ во многих странах, чтобы получить подлинную картину взаимосвязи между этими двумя состояниями. Конечно, у многих биполярных (1 и 2) пациентов никогда не развивается ПРЛ, а у многих пациентов с ПРЛ не проявляются выраженные колебания настроения от мании (или гипомании) до глубокой депрессии, которые характерны для биполярной группы.

По данным моего пост-исследования 1999 года, из 206 пациентов с ПРЛ (145 женщин и 61 мужчина) 8% стали проявлять признаки биполярных расстройств не в подростковый период или в начале взрослой жизни, а значительно позже 20 лет. Лишь с помощью долгосрочных пост-исследований можно установить точные оценки этого развития. Большинство до сих пор опубликованных долгосрочных исследований используют гораздо меньшее количество пациентов, что затрудняет такую оценку.

Приходится также сталкиваться, как в клинической работе, так и в области судебной практики, с биполярными пациентами, выраженные тенденции которых к агрессии и даже к насилию можно понимать как выражение их «слишком пылкой» личности. Например, для маниакальных пациентов характерна чрезмерная раздражительность. Но эти пациенты, несмотря на беспорядочность их межличностных отношений и неумеренный гнев, не всегда проявляют соответствие достаточному числу критериев, чтобы

классифицировать их случай как ПРЛ. Они могут не набирать необходимых 5 пунктов — хотя обычно они соответствуют более широким критериям Кернберга для «Пограничной Личностной Организации» (ПЛО). Для последней требуется ослабленное чувство идентичности плюс сохранность способности к тестированию реальности. В книге «Hell Hath No Fury» описывается такая личность: женщина с биполярным-2 расстройством, которая впала в ярость, когда ее муж 20 лет, доктор, ушел от нее к молодой женщине; в итоге она купила пистолет, прокралась в дом своего бывшего мужа и его новой жены и застрелила обоих. Клинически она проявляла признаки ПЛО, но в отношении ПРЛ была «субклинической» (только 3 пункта).

Полезнее представлять себе спектр взаимосвязанных расстройств, чем полагаться на чистые категории (как в ДСМ). Например, есть спектр, простирающийся от стеснительности до избегающей личности и далее (полная симптоматичность) до агорафобии. Также мы можем представить себе спектр от бурных черт пограничной личности до маниакальной депрессии биполярной-2. Но если генетической предрасположенности к биполярной маниакальной депрессии нет, то картина биполярной-2, скорее всего, не будет развиваться. Если есть предрасположенность к биполярной маниакальной депрессии, но неблагоприятные детские переживания не составляют часть истории личности, существуют две возможности. Если генетическая предрасположенность достаточно сильна, ПРЛ может развиться, несмотря на благоприятную историю детства; если предрасположенность не столь интенсивна, ПРЛ едва ли будет развиваться. Наконец, если генетическая предрасположенность сильна и также сильна история раннего пренебрежения или насилия, то, скорее всего, будет развиваться и в конце подросткового периода может диагностироваться ПРЛ как «коморбидное» сопровождение биполярного состояния.



Харольд Стерн[1]

Роль агрессии в депрессивных расстройствах

Мы многим обязаны Фрейду за его пионерский вклад в понимание депрессии; он развивал свои идеи, исследуя процесс скорби и его связь с меланхолией (1917) — этот термин мы можем использовать как синоним депрессии. По Фрейду, скорбь является реакцией на «реальную утрату любимого человека» (с. 239), и он отмечает, что мы редко склонны считать проблему людей, страдающих от такой утраты, патологической. Далее он сравнивает скорбь и меланхолию и пишет: «Отличительными ментальными чертами меланхолии являются глубокое болезненное уныние, отсутствие интереса к внешнему миру, утрата способности любить, торможение всякой активности и снижение уважения к себе до той степени, что это приводит к упрекам в свой адрес и очернению себя и кульминирует в нереалистическом ожидании наказания» (с. 239). Затем Фрейд утверждает: «Это позволяет предположить, что меланхолия как-то связана с бессознательной утратой объекта любви, в отличие от скорби, при которой утрата не является бессознательной». Далее в этой статье Фрейд рассматривает нарциссические элементы в обращении либидо на себя. Это приводит нас к рассмотрению

[1] Харольд Стерн — доктор психологии, психоаналитик, основатель Мид-Манхэттенского Института Психоанализа, профессор Восточно-Европейского Института Психоанализа, автор изданной в России книги «Кушетка. Ее значение и использование в психотерапии», СПб, Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2002.

роли агрессии в проблеме депрессии и в особенности феномена нарциссической травмы. Бибринг значительно позже (1953) писал, что депрессия проистекает из внутрисистемного конфликта, возникающего из внутреннего напряжения Эго. Он считает, что это напряжение внутри Эго является конфликтом, проистекающим из фиксации на ранней инфантильной стадии Эго и приводящим к возможности развития нарциссического невроза. Бибринг считает причиной нарциссическую фрустрацию ребенка и последующее обращение агрессии на себя (с. 40).

Спотниц (1976), комментируя случай крайне сильной агрессии, обращенной на себя, говорит: «Ребенок, склонный разряжать фрустрацию-агрессию, например, на собственное тело, впоследствии с высокой вероятностью будет страдать от депрессии и психосоматических заболеваний. Прямой путь к депрессии прокладывает фрустрация-агрессия, характерным образом вливающаяся в Супер-эго, которое затем атакует Эго. Если ребенок вовсе не разряжает эту импульсивность, а дает ей накапливаться в эмоционально обедненном Эго, разрушительные эффекты мобилизованной фрустрации-агрессии могут фрагментировать его Эго и подталкивать его к депрессии или даже к шизофрении. Такой паттерн отклика на неблагоприятные воздействия среды я называю нарциссической защитой» (с. 101).

Концепция нарциссической защиты по Спотницу требует определенного обсуждения. На ранних стадиях жизни вследствие страха того, что внешнее выражение гнева или ненависти к родителю приведет к утрате отношений с этим значимым для ребенка объектом, Эго разрабатывает комплексную серию защит. Некоторые из этих страхов могут включать в себя страх всемогущего разрушения объекта, что приводит к страхам возмездия, саморазрушения, покинутости или опустошающего отвержения. Также может присутствовать магическая фантазия, что ненависть к любимому объекту разрушит «хорошесть» этого объекта и ребенок утратит возможность отношений любви, на которые он надеется.

Якобсон (1971), описывая депрессию, подразделяет это расстройство на три типа: нормальная, невротическая и психотическая депрессия. В своих работах (с. 286) она пишет преимущественно о двух последних формах депрессии, которые и будут рассматри-

ваться далее в этой статье. Говоря о пограничных состояниях и психотической депрессии, она утверждает: «Глубокие депрессивные состояния требуют модификации обычной техники, в чем невротические пациенты не нуждаются. Говоря конкретнее: депрессивные пациенты пытаются восстановить свою утраченную способность любить и функционировать при помощи чрезмерной магической любви со стороны их объекта. Не получая такой помощи извне, они могут отстраняться от объекта своей любви или даже от объектного мира и продолжать эту борьбу внутри себя».

Фенихель (1945) также подробно писал о различных формах депрессии. «Следует еще раз подчеркнуть, что не всегда можно провести четкое разграничение между невротической депрессией с ее амбивалентной борьбой по поводу нарциссической подпитки между пациентом и его объектами и психотической депрессией, при которой конфликт интернализован. Конфликты между Супер-эго и Эго возникают у всех, у кого есть нарциссические потребности. Поскольку депрессия всегда начинается с увеличения нарциссических потребностей, то есть с ощущения “меня никто не любит”, следует ожидать, что пациент будет чувствовать, что его все ненавидят. — Здесь характерной позицией становится не “Все ненавидят меня”, а “Я сам себя ненавижу”» (с. 392).

При нормальной и невротической депрессии мы видим, что конфликт индивида связан с самостью и внешним объектом, тогда как при глубокой или психотической депрессии конфликт, как полагает Бибринг, является интрапсихическим и разворачивается между Супер-эго и Эго, то есть самостью. Цель данной статьи состоит в исследовании проблемы более тяжелых форм депрессии, часто считающихся формами психоза. Когда мы изучаем источник и смысл направленной на себя агрессии, становится ясно, что важным компонентом депрессии является нарциссическая защита.

Это исследование относится к теории, а также терапевтическим мерам, необходимым для улучшения состояния пациента и его выздоровления.

Для начала обсуждения депрессии, при которой агрессия обращается на себя, необходимо исследовать некоторые концепции, разработанные вышеупомянутыми авторами.

1) Фрейд: «Отличительными ментальными чертами меланхолии являются глубокое болезненное уныние, отсутствие интереса к внешнему миру, утрата способности любить, торможение всякой активности и снижение уважения к себе до той степени, что это приводит к упрекам в свой адрес и очернению себя и кульминирует в нереалистическом ожидании наказания». Похоже, что это болезненное уныние, отсутствие интереса к внешнему миру, утрата способности любить, торможение всякой активности, снижение уважения к себе, сопровождающееся самоуничижением и ожиданием наказания, позволяют нам предположить, что одна из частей психики ощущает преследование не извне, а скорее со стороны внутренних элементов, т. е. другой части психики. Одна часть психики выражает агрессию, а другая реагирует на это нападение.
2) Фрейд: далее Фрейд рассматривает нарциссический элемент в обращении либидо на себя. Хотя в теории влечений Фрейда термин «либидо» используется в позитивном смысле, мы знаем, что позже Фрейд говорит, что частью нарциссического процесса является обращенная на себя агрессия. Психоаналитическая теория агрессии началась со статьи Фрейда 1909 года о «маленьком Гансе». В этой статье он называет агрессию одним из инстинктов самосохранения. В более поздних работах Фрейда приводится уже иное мнение: «весь психоанализ должен быть переформулирован в терминах понимания агрессивного влечения как отдельного от либидинального влечения».
3) Бибринг выдвигает идею о том, что депрессия проистекает из внутреннего конфликта в рамках Эго. Это соответствует происхождению конфликта до развития Супер-эго, на ранней инфантильной стадии, когда развивается нарциссический невроз. Не отвлекаясь на обсуждение вопроса, как и когда развивается Супер-эго, будем называть этот уровень доэдипальным уровнем развития.
4) Фенихель: в данной статье, как и в работах Фенихеля, не будет проводиться четкого разграничения между невротической и психотической депрессией. Оба эти состояния будут рассматриваться как доэдипальные расстройства, связанные с ненавистью, то есть агрессией, обращенной на себя.

5) Спотниц: считает Супер-эго изначальным реципиентом фрустрации-агрессии извне, которая затем перенаправляется на Эго. Он полагает, что это перенаправление является защитным, а именно — нарциссической защитой, от страха разрушить объект. Таким образом, мы наблюдаем в направленной на себя агрессии пациентов действие нарциссической защиты. Исследуя истоки депрессивного расстройства, Спотниц замечает: «Недостаточное внимание уделяется такому аспекту детского развития, который кажется мне наиболее важным: а именно вопросу, что учится делать ребенок с агрессивными импульсами, которые мобилизуются в его психическом аппарате, когда он подвергается чрезмерной фрустрации, чрезмерному удовлетворению или тому и другому одновременно» (с. 71).
6) Якобсон: по наблюдениям, «для пограничных и психотических депрессивных пациентов может требоваться модификация обычной техники, в которой не нуждаются пациенты невротические»; это проясняет цель данной статьи, а именно — дать описание теории и техники, лежащих в основе аналитического подхода, который разработал Хайман Спотниц для лечения этих сложных расстройств.

Теория, представленная в данной статье, рассматривает депрессию в основном как нарциссическую защиту, предотвращающую разрушение внешнего объекта путем перенаправления интернализованной агрессии на собственное Эго, а не на объект внешнего мира. Истоки этого процесса лежат в раннем детстве, в доэдипальном периоде; или, как указывал Фенихель, это может быть регрессия к ранним точкам фиксации. Задачи данной статьи заключаются в описании теоретических и клинических подходов Хаймана Спотница к лечению депрессивных пациентов.

Спотниц изучал работы Фрейда и знал о его пессимизме относительно сколько-нибудь благоприятных результатов лечения нарциссического пациента психоаналитическим методом. По сути дела, лечение шизофрении и других тяжелых расстройств — это работа с человеком, которому сложно сотрудничать, поддерживать коммуникацию и следовать правилам лечения и у которого постоянство объекта установлено лишь в малой степени либо вовсе отсутствует.

После начала терапии у таких пациентов устанавливается трансфер, обращенный на самих себя, который Фрейд считал одним из аспектов расстройства, обозначенного им как «нарциссический невроз». На ранних этапах работы он считал, что проблема нарциссического невроза заключается в том, что происходит отток либидо от объектов внешнего мира и его чрезмерное инвестирование в собственное Эго, то есть в любовь к себе. Этот нарциссический, обращенный на себя трансфер отличается от объектного трансфера, поскольку нет внешнего объекта, на который совершалась бы проекция. Нарциссический трансфер обычно сложно узнать. Даже когда этот трансфер распознается, обычно кажется, что нет способа разрешить его. У таких пациентов мы наблюдаем странное поведение, отстраненность, ощущение своей грандиозности или все это вместе. В начале развития психоанализа эта ситуация воспринималась как тупиковая. Аналитики, использовавшие традиционный подход при лечении шизофрении, обнаруживали, что их пациенты так и остаются в состоянии нарциссической самововлеченности или же их состояние ухудшается. У них не развивалось необходимое объектное либидо, чтобы установить объектный трансфер на аналитика.

Выход из этого теоретического тупика был найден, когда Спотниц (1985) верно заметил, что основной проблемой этих пациентов является не либидо (любовь), обращенное на себя, а обращенная на себя агрессия. Он выдвинул предположение, что эти пациенты страдают не от избытка любви к себе, а от чрезмерной ненависти к себе. «Для избавления от опасности гиперстимуляции депрессивный пациент прибегает к патологическому нарциссизму и эмоциональной отключенности. Он жертвует своим Эго, чтобы предотвратить опасность разрушения объекта». (1963, с. 7). Разработанный Спотницем клинический подход к лечению «нарциссического невроза» стал основой школы современного психоанализа. На ранних этапах работы с шизофрениками и депрессивными пациентами Спотниц обнаружил, что при определенных обстоятельствах они, вопреки распространенному классическому мнению, способны развивать сильный трансфер, но это не такой трансфер, как у невротических пациентов. Это был неуловимый нарциссический трансфер. Такие пациенты заняты лишь собой, и аналитик воспринимается ими

как часть их самости, а не отдельный человек со своими мыслями и чувствами. Этот трансфер воспроизводит процессы первых лет жизни, и поэтому в нем содержатся ключи к пониманию ранних деструктивных переживаний пациента.

Спотниц научился не использовать классические техники свободной ассоциации, интерпретации и конфронтации. Вместо этого он культивировал нарциссический трансфер. Вместо интерпретации защит Эго Спотниц разработал специальные техники, такие как присоединение, отзеркаливание и отражение, чтобы усилить хрупкие фрагментированные структуры Эго, типичные для доэдипальных пациентов.

Он понял, что пока пациент не станет достаточно сильным, чтобы функционировать без своей предшествующей структуры защит, аналитику нужно усиливать эти защиты или присоединяться к ним. Этот процесс подкрепления или присоединения к защитам пациента требовал совокупности специфической теории и техник.

Существуют определенные общие принципы работы с нарциссическим неврозом: во-первых, мы изучаем негативный нарциссический трансфер и гнев, деструктивно направленный на себя; во-вторых, гнев, деструктивно направленный на других людей, и, в-третьих, что очень важно, проблему негативного нарциссического контртрансфера терапевта в отношении его пациента. Без понимания терапевтом необходимости управления своими чувствами и без знания определенных базисных техник позитивный результат терапии депрессии маловероятен.

Полезно еще раз обобщить позицию Фрейда в отношении терапии доэдипального пациента. Изначально Фрейд полагал, что из-за неспособности психотического пациента к объектному трансферу психоаналитические подходы к нему неприменимы. Он считал, что возможности лечения препятствует «каменная стена нарциссизма» (XIV, с. 67). Однако представление о том, что Фрейд всю жизнь был убежден в невозможности психоаналитической терапии психоза, неверно, что показывают некоторые его поздние наблюдения. Вот несколько цитат из работ Фрейда:

> «Тогда сновидение — это психоз, со всем абсурдом, бредом и иллюзиями, присущими психозу. Как краткосрочный психоз, несомненно, безвредный и даже выполняющий полезные функции, оно начинается без согласия субъекта и прерывается актом его воли. Тем не менее это психоз, и мы понимаем, что даже столь глубокое изменение психической жизни, как это, может смениться нормальным функционированием. Разве будет слишком смелым после этого надеяться, что мы сможем оказать влияние на эту ужасную болезнь и вылечить тех, кто ей подвержен?» (S. E. XXIII, с. 172).

Далее он пишет:

> «Таким образом, мы должны отказаться от идеи применять наш план лечения к психотикам — отказаться навсегда или только на время, пока мы не выработаем другой план, более для них подходящий» (S. E. XXIII, с. 173).

В статье «Конструкции в анализе» (S. E. XXIII, с. 267) Фрейд дает блестящее объяснение бреда, которое завершается словами, где уже явно содержится идея присоединения:

> «Возможно, следует предпринять попытку исследования случаев рассматриваемого заболевания (психоза) на основе предложенной здесь гипотезы, а также осуществить их лечение, руководствуясь теми же принципами. При этом мы избежим пустой траты усилий на попытки убедить пациента в ошибочности его заблуждений и их противоречии реальности; напротив, признание зерна истины даст общую почву, на которой сможет развиваться терапевтическая работа».

Как и Фрейд задолго до него, Спотниц осознал, что при работе с нарциссическими расстройствами аналитик не может полагаться на позитивный объектный трансфер и сотрудничающее рациональное Эго. Эти основные элементы применимы для успешного лечения лишь невротического пациента. В общем, было ясно, что психотические пациенты непригодны для психоаналитической терапии с использованием классических техник. Однако для Спотница это не означало, что шизофренические пациенты недоступны для психоаналитического лечения. У таких пациентов все-таки есть функционирующее, хотя и в ограниченном диапазоне, Эго и присутствуют определенные защиты. Поэтому он предположил, что с ними можно работать, используя другие подходы. Эта ситуация требовала особого внимания и тщательного изучения. Постепенно

Спотниц разработал особые техники, более пригодные для этих пациентов и более соответствующие их примитивным доэдипальным защитам. В то же время он не отказался от основы психоаналитического подхода — работы с сопротивлением и трансфером. Однако его техники отличались от интерпретирующего подхода, применяющегося для разрешения трансфера невротических пациентов. Его усилия привели к созданию того, что сейчас включено в современный аналитический подход при работе с тяжелыми нарциссическими расстройствами. Этот подход подразумевает важные теоретические модификации, а также некоторые новые клинические следствия.

Вернемся к проблеме агрессии, тесно связанной с терапией депрессивных доэдипальных пациентов. Ни одна из проблем не привлекает внимание современных аналитиков в такой степени, как проблема обращенной на себя агрессии. Деструктивность этой агрессии может доходить до уровня, представляющего угрозу существованию. Спотниц утверждал, что доэдипальный пациент вырабатывает то, что он назвал нарциссической защитой, раннюю детскую стратегию, применяемую ребенком для того, чтобы избежать разрушения значимого объекта. *Этот процесс*, подобно бумерангу, *защищает ценный объект от убийственной ярости, перенаправляя эту ярость на себя*. Помимо того что *эта защита* является частью структур депрессивной личности, она *также задействуется в замаскированном виде в атаках на себя, которые мы наблюдаем при невротической депрессии, различных соматических заболеваниях, расстройствах питания, суицидальных попытках и других саморазрушительных процессах*. Далее, такие защиты от внешнего выражения гнева могут проявляться при многих других тяжелых психических заболеваниях, которые блокируют нормальные процессы созревания и позитивные отношения между людьми.

Концепция нарциссической защиты нуждается в дальнейшем обсуждении. На ранних стадиях жизни вследствие страха того, что внешнее выражение гнева или ненависти к родителю приведет к утрате отношений с этим значимым для ребенка объектом, Эго разрабатывает комплексную серию других защит. Некоторые из этих страхов могут включать в себя страх всемогущего разрушения объекта, что приводит к страхам возмездия, саморазрушения, покинутости или опустошающего отвержения. Также может присутствовать магическая фантазия, что ненависть к любимому объекту разрушит «хорошесть» этого объекта и ребенок утратит возможность отношений любви, на которые он надеется.

Эти страхи пациентов, фиксированных на доэдипальном/нарциссическом уровне развития, с самого начала лечения обусловливают необходимость особой терапевтической среды. Эта среда, где пациент может безопасно «говорить все». Это первый шаг в процессе, позволяющем пациенту чувствовать себя в безопасности, выражая все свои мысли и чувства в словах и не опасаясь какого-либо своего действия или действия аналитика. В конечном итоге это приводит к созданию значимых эмоциональных отношений, дающих возможность развития пациента и его излечения. Применяются техники, позволяющие пациенту и терапевту установить стабильные и безопасные отношения, свободные от угрозы «коллапса» или отвержения. Это дает возможность выразить направленную на себя в течение всей предшествующей жизни агрессию в словах и экстернализовать ее в безопасности тщательно организованной ситуации лечения. Так открывается возможность постепенного перехода от привычного нарциссического трансфера к более зрелому трансферу, а затем к истинным отношениям с внешними объектами. Эти техники должны учитывать чувствительность защит Эго.

Вследствие хрупкости защит шизофренического пациента терапевт должен с помощью определенных техник сохранять и даже усиливать их. *Установки и взгляды пациента не подвергаются сомнениям; к ним присоединяются и отзеркаливают их*. Если, например, начинающий пациент говорит: «Я не могу сюда приходить, здесь дурно пахнет», то аналитик может ответить: «Я и сам думаю, не позвонить ли в компанию, занимающуюся очисткой воздуха в помещениях». Этот отклик ориентирован на объектный мир, и в случае успешного применения он может разрешить защиту пациента, выражающуюся в желании оставить лечение.

Аналитик может осторожно комментировать или задавать вопросы в нейтральной манере, отражая взгляды пациента или соглашаясь с ними. Выслушав жалобы на докучливую родственницу, аналитик может спросить: «Что с ней не так, почему она так глупо себя ведет?» Как уже упоминалось, хотя Фрейд считал нарциссиче-

ский трансфер препятствием аналитической терапии, современные аналитики поощряют развитие этого трансфера, позволяя пациенту чувствовать, что терапевт подобен ему, т. е. являет собой зеркальный образ Эго. Постепенно пациент сможет в своих отношениях с терапевтом позволять себе чувствовать и любовь, и ненависть. Пациент будет чувствовать себя все более комфортно и расти в терапии, как ребенок в отношениях с родителем. По мере того как в терапевтических отношениях происходит процесс созревания, появляется все большая возможность использования интерпретирующих комментариев, обычных для нормальных аналитических отношений. Однако это может произойти лишь после разрешения нарциссического трансфера.

Вследствие того, что истоки состояния пациента находятся в раннем доэдипальном периоде, в периоде довербального развития, слова обеих сторон отчасти лишены когнитивного значения. Это сводит к нулю значимость попыток вовлечения пациента в зрелую осмысленную вербальную коммуникацию. Вместо этого основой взаимодействия становится эмоциональная коммуникация. Чувства, индуцированные в аналитике, и чувства, возникающие у пациента, — это значимые факторы, приводящие к изменению и прогрессу. Общеупотребительные слова, часто имеющие символическое и переносное значение, для доэдипального пациента бывают наполнены могуществом и конкретным значением. Например, пациент может утверждать: «Если бы Вы обо мне заботились, то поговорили бы с моим врачом и стоматологом, чтобы они лучше меня лечили». Это предполагает, что аналитик должен заботиться о пациенте. Аналитик, присоединяясь, может ответить: «А если бы Вы обо мне заботились, Вы бы вовремя платили за терапию». Нужно помнить, что слова не просто описывают деструкцию; они сами по себе могут разрушить. У доэдипального пациента когнитивные значения слова часто отсутствуют или не проявляются в социальном взаимодействии. Это ограничение нужно восполнить, научив пациента говорить все в терапевтической атмосфере, не только безопасной, но и целительной. Поскольку изначально свободные ассоциации, интерпретация и инсайт могут быть непродуктивными, *первая цель заключается в том, чтобы помочь пациенту говорить*, разрешая сопротивления, блокирующие вербальную коммуникацию. Терапия с точки зрения современного анализа — это метод исследования вопроса, почему что-то не происходит, а не интерпретации этой проблемы. Вместо того чтобы что-то объяснять пациенту, аналитик фокусируется на том, чтобы научить пациента облекать свои мысли и чувства в слова. Последовательно осуществляя это, аналитик пытается направлять мышление пациента в объектный мир. Это достигается путем избегания вопросов, наблюдений и комментариев, касающихся внутренней сферы Эго пациента, и сдвигом его внимания к объектной сфере. Таким образом, фокус терапии смещается от внутренних процессов пациента к его/ее внешнему миру. Еще одна современная аналитическая техника подразумевает «контактное функционирование». При этом аналитик избегает прямого подхода к пациенту и вместо этого ждет, позволяя пациенту самому идти на контакт. Это также может способствовать эмоциональному движению к объектному миру. Аналитик последовательно расширяет сферу психических содержаний пациента, включая язык, что способствует интеграции и усилению Эго пациента. Это увеличение эмоционального взаимодействия с терапевтом приводит к значительному прогрессу взросления.

Этот прогресс взросления значим не только для пациента, но и для аналитика. Пациент выражает в словах и направляет на аналитика во время сессии ранее вытеснявшуюся агрессию и ненависть в отношении фигур детства, которые прежде были интроецированы в Эго. Высвобождаются и направляются на аналитика, часто весьма бурно, те чувства, которые ранее бумерангом возвращались к Эго пациента и были заперты в бурлящем контейнере. Ответные чувства аналитика могут варьироваться в диапазоне от сильной ненависти к пациенту до депрессивной безнадежности и утраты веры в свою способность добиться успеха в лечении любых пациентов вообще, не говоря уж об этом конкретном пациенте. Как привязанный к мачте Улисс, аналитик должен пережить этот шторм, не сбившись с курса. В отличие от пациента у аналитика должно быть рациональное наблюдающее Эго, позволяющее ему определять вербальные нападки пациента как долгожданную проекцию того, что ранее было ядовитым интроектом.

С начала лечения аналитик пытается модифицировать поведение пациента в направлении сотрудничества, которое повысит

вероятность благоприятного исхода. Анализируя сопротивления к соблюдению определенных правил, аналитик пытается подвести поведение пациента к предположению, что он будет приходить вовремя, платить вовремя и в первую очередь говорить на каждой сессии о том, что он думает, чувствует и вспоминает (Маршалл). Все отклонения от этих «правил» считаются сопротивлением терапии. Все другие виды поведения, такие как прикосновение, еда и питье, считаются отыгрыванием и, следовательно, не поощряются и/или анализируются. Спотниц считал, что любое ожидание аналитика порождает сопротивление, особенно у пациента с негативной внушаемостью. По сути, Спотниц пытается вначале мобилизовать, а затем анализировать или разрешать сопротивления пациента в интересах терапии.

Случай 1

Для иллюстрации некоторых аспектов экстернализации агрессии, использования объект-ориентированных утверждений и избегания эго-ориентированных утверждений и вопросов я могу описать пациентку, которая была суицидальной и проходила у меня терапию в течение 4 лет по 5 сессий в неделю. Кэрол было чуть больше 30 лет, ее три раза госпитализировали, многие доктора диагностировали шизофрению и суицидальный риск, она занималась сексом со многими мужчинами и 6 раз делала аборт. До меня Кэрол лечили многие терапевты, которые расставались с ней, поскольку считали ее неизлечимой (и, я подозреваю, невозможной в общении). В течение последнего года она сменила, как минимум, 10 стоматологов. Она считала, что они либо хотят причинить ей боль, либо вовсе некомпетентны.

С самого начала терапии Кэрол угрожала покончить с собой. На протяжении первых трех лет было множество видов отыгрывания, несвоевременных и нежелательных визитов в мой офис, частых телефонных звонков и других выражений насилия по отношению ко мне. Как большинство моих психотических пациентов, Кэрол лежала на кушетке (Стерн, 1978).

У нее было множество проявлений самодеструктивного поведения, в том числе направленного на собственное тело, например аборты.

Она последовательно причиняла себе вред, а затем обвиняла меня в том, что я был тому причиной. Она постоянно угрожала мне судебным преследованием по различным поводам. Лишь немногое из того, что я говорил, не вызывало с ее стороны злобной критики и убийственного презрения.

Следует отметить, что Кэрол пришла ко мне в состоянии чрезвычайной подавленности после того, как с ней расстался прошлый терапевт. У меня сложилось четкое впечатление, что этот прошлый терапевт если и получал такую прямую агрессию, какая была направлена на меня, то лишь малую ее часть. На сессиях я в основном внимательно слушал ее и ждал возможности задать объект-ориентированный вопрос или дать комментарий для разрешения конкретного сопротивления, на которое было обращено мое внимание. Чтобы не позволить ей разрушить меня, я неоднократно отзеркаливал ее агрессию.

Интервенция, разрешившая проблему ее суицидальных угроз и попыток, была такой: когда она сказала мне, что собирается покончить с собой, я спросил, когда она намерена это сделать. Она ответила, что это произойдет в ближайшие дни. Я спросил, написала ли она завещание относительно своих денег и другого имущества, и она ответила отрицательно. Тогда я спросил, не хочет ли она завещать мне свои деньги, машину и мебель. Она разозлилась и стала обвинять меня в том, что я не забочусь о ней, мне нужны только ее деньги и собственность. Я спросил, что плохого в том, что я хочу повысить качество своей жизни. Она закричала, что доктора не должны выигрывать от смерти пациентов, и рассердилась еще сильней. Наконец она крикнула, что скорее убьет меня, чем себя, и вышла из кабинета.

Следующая интервенция, после которой суицидальные угрозы прекратились, была сделана после того, как она вновь стала угрожать покончить с собой. Я спросил, как она намерена это сделать. Она ответила, что собирается купить пистолет и выстрелить себе в голову, потому что не хочет чувствовать боль. Тогда я сказал, что поскольку я взялся помогать ей, почему бы ей не попросить меня о помощи и в этом случае — ведь она может промахнуться.

Она вновь разозлилась на меня и закричала, что она всегда знала, что я желаю ей смерти, но она никогда не доставит мне такого удовольствия.

Случай 2

Это пример глубокой, хотя и очень кратковременной демобилизующей депрессии после утраты объекта любви. Стивена, молодого адвоката, мне представила его жена Рита. Она пришла ко мне и объяснила, что хотела бы прийти на встречу вместе с мужем: она собирается развестись с ним и хочет, чтобы он мог обратиться к терапевту, если будет очень расстроен крушением брака. Мне показалось, что Стивен очень умный и привлекательный молодой человек, и мне сложно было понять, почему Рита хочет его оставить. На последующих четырех совместных сессиях у меня сложилось определенное представление об их отношениях и проблемах. Как я узнал, у Риты был любовник и она планировала уйти к нему. Из-за врожденного дефекта она не могла иметь детей. Стивен же любил детей, и его обожали дети всех его друзей. Одновременно с этим он был человеком «строгих правил», включая представления о нерушимости брака. Через несколько дней после того, как Рита уехала из дома, Стивен позвонил мне и сказал, что он не спал три дня и ничего не ел; он сидит за столом на работе, не в силах что-либо делать, и все время плачет. Я предложил ему прийти ко мне. Он согласился и скоро пришел; он выглядел бледным и нездоровым. Он сел на кушетку и начал всхлипывать, повторяя, что жизнь закончена. Он сказал, что потерял единственного значимого для него человека, и снова и снова причитал, как он ее любил. Это продолжалось непрерывно полтора часа, и наконец я воскликнул: «Я рад, что она Вас оставила. Избавиться от нее — это лучшее, что могло с Вами случиться. Она эгоистка, неспособная на заботу, а хуже всего то, что Вы можете быть замечательным отцом, а с ней Вы не имели бы детей. Я рад, что она убралась из вашей жизни». Его реакцией на мои слова был шок. Он встал со сжатыми кулаками, лицо его налилось кровью, и он гневно сказал: «Как Вы можете говорить такие вещи о моей любимой женщине. Вы жестокий бездушный человек, и я ухожу отсюда». Он взял пальто и вышел из моего офиса. На следующий день он позвонил мне и сказал, что после его ухода произошло нечто странное, чего он не понимает. Он вернулся в свой офис, почувствовал голод, пообедал и смог приступить к работе. В эту ночь он хорошо спал, и на следующее утро нормально себя чувствовал. Он спросил, может ли он прийти и обсудить то, что произошло. Я объяснил ему, что какая-то его часть

бессознательно чувствовала гнев и разочарование в жене, и он был очень расстроен невозможностью иметь с ней детей, а то, что я сказал, вызвало на поверхность эти чувства. Он согласился, что это весьма вероятно. Он продолжил терапию со мной, многого добился в своей профессиональной деятельности, встретил подходящую женщину, они поженились и завели детей. Кто-то может увидеть в этом случай обычной рациональной терапии, но это не совсем так.

Случай 3

Этот пациент, тридцатилетний Тимоти, был направлен ко мне коллегой-психиатром, доктором С., который лечил его около 10 лет. Доктор С. объяснил, что когда он впервые начал работать с Тимоти, тот был параноидным шизофреником, очень депрессивным и временами суицидальным. Его состояние поддерживалось с незначительными улучшениями различными медикаментами, но на протяжении последних трех лет никакого прогресса не было. Я лечил Тимоти одновременно с доктором С. и встречался с ним раз в неделю на протяжении трех месяцев. Хотя Тимоти казался мне очень умным, он мог выполнять только самую низкооплачиваемую работу. На тот момент он работал кладовщиком. Мне стало ясно, что большую роль в депрессивном расстройстве Тимоти играет агрессия. Инцидент, который это проиллюстрировал, произошел два месяца назад. Тимоти позвонил мне и спросил, может ли он прийти на сессию на полчаса раньше, чем было назначено. Я согласился и попросил его позвонить мне по мобильному телефону, когда он будет рядом с моим офисом. Пациент пришел в назначенное время и был очень расстроен. Он остановился рядом с моим офисом, у соседнего дома, и думал о том, что начальник на работе отпускает в его адрес уничижительные реплики и называет его неудачником. Он так разозлился, что швырнул свой мобильный телефон на землю. Выслушав эту историю, я извинился за то, что он из-за меня разбил свой телефон. Он удивился и спросил, в чем была моя вина. Я объяснил, что поскольку я попросил его позвонить, когда он будет рядом с моим офисом, он почувствовал, что я его контролирую, и швырнул телефон в знак протеста против этого контроля. Хотя сначала это объяснение привело его в замешательство, затем он начал ассоциировать и вспоминать другие ситуации, когда его возмущал

контроль. Его оппозиция была, как правило, пассивно-агрессивной, но процесс стал для него более ясен. Понятно, что большая часть агрессивного поведения Тимоти была бессознательно направлена на него самого. Например, он просит помощи в попытке наладить отношения со знакомой женщиной, но вскоре выясняется, что он саботирует процесс, делая все в точности наоборот. Его негативная внушаемость постоянно подкрепляла его чувство, что он неудачник, и усиливала презрение к себе.

С целью мобилизовать агрессию Спотниц рекомендует использовать технику (1985) «команды» пациенту. В отличие от большинства специалистов в данной области Спотниц приветствовал появление у пациента агрессии, если она выражалась вербально (с. 77). На начальных стадиях лечения, согласно совету Спотница (1985), «хорошо проведенная аналитическая сессия обычно характеризуется небольшой депривацией (чтобы способствовать высвобождению агрессивных импульсов и чувств пациента), за которой позже на сессии следует небольшое вознаграждение» (с. 274). Используя такие техники, как контактное функционирование, объект-ориентированные вопросы и отзеркаливание, Спотниц регулирует количество мобилизованной, вербально выражаемой и разряжаемой агрессии. Спотниц (1985) предупреждает: «Интервенции не должны быть настолько позитивными, чтобы не дать пациенту выражать негативные чувства или искать ошибки терапевта» (с. 274–275). Когда нарциссические пациенты атакуют себя, Спотниц (1977) предлагает аналитику «почувствовать, какой была мать, и повторить ее паттерн отношений с пациентом. Когда вы говорите с пациентом, как говорила мать, но на самом деле не имеете в виду того, что вы сказали, эта терапевтическая драматизация воспринимается пациентом как выражение любви и заботы» (с. 156).

Когда пациент атакует себя, Спотниц предлагает терапевту привлечь внимание к объекту (терапевту) и вызвать атаку пациента на терапевта. Например, если пациент постоянно повторяет, что он безнадежен и беспомощен, Спотниц (1985) отвечает: «С Вами все в порядке. Вы говорите мне о том, что Вы чувствуете. Проблема в том, что это я безнадежен и не могу Вас вылечить» (с. 277–278). *Если пациент атакует современного аналитика, аналитик не защищается и не интерпретирует. Аналитик поощряет интерес пациента к своим предполагаемым дефектам.* Хотя эти «дефекты» часто являются проекцией собственных устраняемых импульсов пациента, современный аналитик всегда помнит о возможной реальности таких обвинений, чтобы различить следствия объективного и/или субъективного контртрансфера. Аналитик заинтересован в том, чтобы определить свой вклад и вклад пациента в терапевтический эффект. Это служит дальнейшим измерением направления и величины агрессии (с. 79–80).

Возможно, будет полезно обозначить некоторые из базисных теорий лечения доэдипальных пациентов, разработанные Хайманом Спотницем. Прошу отметить, что мы произвольно используем термин «классический анализ» или «классический аналитик» для обозначения себя, когда мы работаем с невротическим/эдипальным пациентом.

1) В классическом анализе мы пытаемся установить позитивные отношения с пациентом, «рабочий альянс», который доэдипальный пациент сформировать не способен. Таким образом, в современном анализе мы не ожидаем, что нарушенный пациент будет способен сотрудничать и формировать позитивные отношения или оставаться в терапии без применения специальных техник. Мы стараемся фокусироваться на терапевтической ситуации, причем на первое место выходит изучение и разрешение особых доэдипальных сопротивлений, которые препятствуют продвижению лечения.
2) В работе с доэдипальным пациентом мы стараемся создать атмосферу, которая позволит проявляться агрессивным чувствам пациентов. Без специального тренинга сложно выносить агрессивные чувства пациента. Поэтому у нас есть потребность в специальном тренинге, включающем в себя анализ аналитика, с целью успешной работы с этими трудными пациентами.
3) В лечении эдипального пациента мы способствуем развитию объектного трансфера, который приводит к трансферному неврозу. С доэдипальным пациентом мы стремимся в первую очередь работать над развитием нарциссического трансфера.

Здесь объектом является самость пациента, но она проецируется на аналитика. Фрейд изначально полагал, что вследствие того, что психотический пациент не способен на объектный трансфер, он не поддается психоаналитическому лечению. Он считал, что эта «каменная стена нарциссизма» сделает аналитическое лечение невозможным. Напротив, современный аналитик пытается в первую очередь способствовать развитию нарциссического трансфера. Затем он работает над его разрешением и, наконец, сдвигается к объектным трансферным отношениям с пациентом.

4) В классическом анализе вербальные, часто тяготеющие к интеллектуализации выражения пациента важны для развития терапии. Однако в работе с более нарушенным пациентом мы не можем на это полагаться, и поэтому необходимо работать с более примитивными формами вербальной коммуникации.
5) В классической технике пациент также несет ответственность за успех терапии. В современном анализе именно аналитик, как мать младенца, полностью отвечает за успех или неудачу.
6) В классическом варианте мы пытаемся с самого начала разрешать сопротивления. С доэдипальными пациентами мы в первую очередь озабочены усилением Эго и его защит. Поэтому, прежде чем пытаться разрешать сопротивления в ситуации лечения, мы удостоверяемся, что защиты не разрушены. Мы можем присоединяться к пациенту для усиления его сопротивлений. (Пациент: «Терпеть не могу Нью-Йорк. Мне нужно переехать на запад, в Чикаго». Аналитик: «Почему в Чикаго? Может быть, лучше поехать еще дальше на запад? Почему не в Лос-Анджелес? Может, лучше всего в Гонолулу?»)
7) В книге «Проблема тревожности» Фрейд формулирует пять основных сопротивлений, которые, как он обнаружил, действуют у эдипального пациента. Для лечения доэдипального пациента Спотниц разработал альтернативную группу из пяти сопротивлений, которые применимы к этим более нарушенным людям. Эти особые сопротивления являются решающими для терапевтического плана работы с доэдипальными пациентами. Как описано в книге Спотница «Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники», это следующие сопротивления:
   а) сопротивление, разрушающее терапию;
   б) сопротивление статус-кво;
   в) сопротивление прогрессу;
   г) сопротивление сотрудничеству;
   д) сопротивление окончанию лечения.
8) В ранних работах Фрейд не одобряет развитие у аналитика контртрансферных чувств, считая их противоречащими принципу нейтральности и объективности аналитика. В современном анализе мы полагаем, что контртрансферные чувства являются важным, если не решающим элементом в терапевтической ситуации. Мы изучаем контртрансферные чувства как проявления и ключи ко многим аспектам динамики процесса лечения. Доктор Спотниц обозначил ряд аспектов контртрансфера, которые особо важны для лечения доэдипальных пациентов. Он подробно писал о субъективном и объективном контртрансфере. В сфере эмоциональной коммуникации чувства, индуцируемые в аналитике, могут проливать новый свет на внутреннюю динамику пациента. Ракер также подробно писал об этом феномене.

Техника

Сейчас мы обратимся к некоторым вопросам, связанным с техникой:

1) Основной задачей пациента в классическом подходе является свободная ассоциация. Пациента поощряют говорить все, что приходит ему в голову. В современном анализе мы избегаем этого подхода, поскольку он может привести к фрагментации Эго и дальнейшей регрессии. Вместо этого пациент поощряется говорить все, что он хочет. Это способ избежать тенденции к регрессии Эго.
2) Основной интервенцией, практикуемой классическим аналитиком, является интерпретация. Напротив, основной техникой в лечении доэдипального пациента является, как и с маленьким ребенком, использование эмоциональной вербальной комму-

никации. Интерпретации в случае доэдипального пациента следует, как правило, избегать. Вместо этого вызываются сильные состояния и чувства, они изучаются и используются для того, чтобы способствовать прогрессу в лечении.

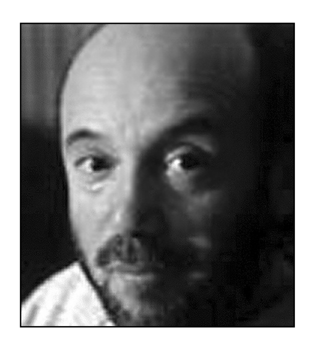
3) Классический аналитик разрешает сопротивления с помощью интерпретации. Современный аналитик разрешает их путем использования альтернативных форм вербальной коммуникации, таких как присоединение, отзеркаливание и отражение.
4) С невротическим пациентом обычно аналитик определяет частоту сессий. В случае доэдипального пациента он сам с помощью аналитика планирует частоту сессий. Для многих нарушенных пациентов слишком большая частота сессий может привести к регрессии и далее к психозу.
5) В классическом анализе использование кушетки обычно ограничивается теми пациентами, у которых выше частота сессий и которые рассматриваются как пациенты с излечимым нарциссическим расстройством. Современный аналитик способен использовать кушетку со всеми пациентами, независимо от частоты сессий, и в особенности с доэдипальным пациентом.
6) Классический аналитик обычно адресует свои вопросы и отклики пациенту, формулируя эго-ориентированные интервенции. Современный аналитик, лечащий доэдипального пациента, будет пытаться избегать интервенций, адресованных Эго пациента, и вместо этого будет, насколько возможно, использовать объект-ориентированные интервенции, т. е. те, что направлены не на Эго пациента: «В каком году это произошло?» или «И что она сказала?».
7) Основная цель при лечении доэдипального пациента заключается в том, чтобы помочь ему/ей говорить «все». Мы стараемся не выражать несогласия с точкой зрения пациента. По словам Спотница (1977), «часто оказывается, что точка зрения пациента лучше, чем точка зрения аналитика. У пациентов информация из первых рук» (с. 61, 166). Спотниц основывает свою систему на двух утверждениях Фрейда: «Можно лишь ответить пациенту, что говорить все — действительно означает говорить все» (Фрейд, 1916 а, с. 288). А также: «Эта работа по преодолению сопротивлений является основной функцией аналитического лечения» (Фрейд, 1916 b, с. 451).
   Учитывая, что в процессе наших сессий мы очень часто апеллируем к памяти, уместно привести здесь мнение Спотница: «Современный психоанализ — метод, помогающий пациенту достичь существенных целей в жизни путем рассказа всего, что он знает и не знает о своей памяти. Работа аналитика заключается в том, чтобы помогать пациенту говорить все, используя вербальную коммуникацию для разрешения его сопротивлений к тому, чтобы говорить все, что он знает и не знает о своей памяти».
8) Классический аналитик ограничивает свою технику главным образом интерпретацией, а современный аналитик может использовать широкий спектр техник и интервенций, чтобы способствовать прогрессу лечения доэдипального пациента. Мы заинтересованы в том, что будет действовать в случае данного конкретного пациента. Ни один пациент не похож на другого, и для каждого пациента необходимо творчески создавать уникальные интервенции.
9) Работая с глубоко регрессировавшим пациентом, современный аналитик будет ограничивать свои интервенции четырьмя или пятью объект-ориентированными вопросами за сессию, чтобы ограничить возможность регрессии и способствовать развитию нарциссического трансфера.

В заключение можно сказать, что данная статья фокусируется на основных аспектах теории и техники лечения психотической депрессии, разработанной Хайманом Спотницем. В ней предпринята попытка объяснить решающую роль нарциссического трансфера в разрешении доэдипального расстройства. Объясняется важная роль агрессии в аналитическом лечении этих пациентов. В тех ситуациях, когда аналитик не может полагаться на сотрудничающее и компетентное наблюдающее Эго пациента, которое способно конструктивно использовать интерпретации, эффективными будут методы, разработанные современным анализом. Хотя в данной статье подчеркиваются определенные конкретные теории и техники,

следует указать на то, что современные аналитики не ограничиваются приверженностью исключительно этим теориям и техникам.

Иногда теории и подходы современного анализа воспринимаются как манипулятивные, уделяющие недостаточное внимание инсайту. Однако современный анализ в этом отношении не одинок. Бибринг (1954) пишет о «сдвиге от инсайта через интерпретацию к манипуляции переживанием». Этот сдвиг стал типичным для различных методов динамической психотерапии. Александер и Френч (1946) уже давно высказывали утверждения, которые могут иллюстрировать этот сдвиг: «Инсайт часто является результатом, а не причиной эмоциональной адаптации». И далее: «Роль инсайта преувеличена».

При лечении депрессивного доэдипального пациента мы не стремимся к инсайту. Мы стремимся к эмоциональному росту и развитию через эмоциональные отношения с аналитиком, направленные на помощь пациенту и рост его Эго через ощущение безопасности в возможности «говорить все». Как уже объяснялось, это, наряду с другими факторами, дает возможность безопасного и здорового высвобождения в ситуации лечения ранее заторможенной самодеструктивной агрессии, которая была заложена в ранних отношениях родитель—ребенок. Когда этот рост достигает уровня объектных отношений с аналитиком, появляется возможность терапевтического процесса, включающего интерпретацию и инсайт.



Роберто Нойбургер[1]

Лаканианский блюз

Несколько шагов в направлении метапсихологии «депрессии»

Депрессия? Что могут психоанализ, психоаналитическая практика и — не в последнюю очередь — сами психоаналитики извлечь из этого слова, из этой так называемой «самой распространенной болезни наших дней»? Чем является ее явно описательный характер — помощью или препятствием для структурного исследования?

Один видный британский аналитик любил повторять, что смысл депрессии не нужно объяснять — до такой степени он ясен. Кстати, это точно соответствует современным психиатрическим взглядам, явной цели классификационных руководств, будь то системы DSM или МКБ, то есть избеганию теоретической дискуссии ради сужения спектра значений. Попытка вполне удалась? Рост применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (или других антидепрессантов) должен дать позитивный ответ на этот вопрос...

Однако представитель любого направления современной лингвистики заявит с уверенностью, что ни одно слово не может избежать универсального полисемического характера. И конечно, когда наши пациенты употребляют слова, их значение умножается в

[1] Роберто Нойбургер (Буэнос-Айрес, Аргентина) — психоаналитик, психиатр, автор многочисленных публикаций по проблемам истории психоанализа, льезон-психоанализа, психоанализа искусства и др.
E-mail: rneuburger@intramed.net.ar

бесконечной прогрессии, пока аналитическая проработка не выдаст иной, трансфероцентричный и метапсихологически обоснованный (но всегда нестабильный) «диагноз», который, в свою очередь, должен быть деконструирован.

Серж Котте (1985, с. 68–86) задается вопросом, может ли это «нарушение» не рассматриваться в аналитическом опыте по той простой причине, что оно не проявляется, либо же запутанная совокупность так называемых «депрессивных состояний» может стать частью фрейдовского поля (и интерпретироваться как следствие действия бессознательного), если предприняты некоторые попытки связывания и упорядочивания. Даже если он в итоге принимает вторую гипотезу, возможно, первую тоже не следует отбрасывать...

Приближение к источникам: Фрейд, логика переживания

Помимо описательного и частого, ставшего общим местом, употребления термина «депрессия» в отношении ряда клинических описаний каждый исследователь непосредственно ссылается на известные тексты по меланхолии: «Скорбь и меланхолия» (Фрейд, 1915a) и «Я и Оно» (Фрейд, 1923a) — как верно утверждает Эрик Лоран (1988, с. 3–17). Тень объекта упала на Я, последнее мудрее было бы рассматривать как *субъект*. Этот эффект идентификации возвращает нас к первому логическому моменту производства субъекта, то есть к отчуждению; в непоследовавшей за этим сепарации коренится причина болезненного опыта и его сходства со скорбью — как утверждает Лакан в десятой книге семинаров («Тревожность») и в одиннадцатой книге («Четыре фундаментальных понятия психоанализа»). Конечно, это определяет не только означающие[2], с которыми идентифицируется субъект, но и тот особый способ,

[2] Означающее — термин, введенный Ф. де Соссюром в «Курсе общей лингвистики» — формальная сторона языкового знака, находящаяся в связи с его содержательной стороной — означаемым. Ж. Лакан противопоставил соссюровской идее знака как целого концепцию разрыва между означаемым и означающим, обособления означающего. См. подробнее о различии концепции означающего у Соссюра и Лакана в книге Ж.-Л. Нанси и Ф. Лаку-Лабарта «Le titre de la lettre». — *Прим. ред.*

которым jouissance[3] — психическое страдание — ассоциируется с его конкретным фундаментальным фантазмом[4].

Второй текст Фрейда — устанавливающий вторую топографическую карту — говорит о различии этой конкретной идентификации и истерического типа: «объект» идентификации после его утраты конкретен, это Мертвый Отец. Как известно, Лакан подробно и конкретно описывал этот пример, демонстрируя его функции как символической инстанции kat' ecoxh/n[5].

К счастью, вскоре был опубликован еще один — весьма глубокий — текст, а именно «Общие замечания о неврозах переноса», в котором Фрейд (1915a) далее исследует эту структуру со ссылкой на «поворот винта»[6] в мифе «Тотема и табу»:

> Скорбь по Отцу возникает вследствие идентификации с ним, и мы доказали, что эта идентификация лежит в основе меланхолического механизма[7].

Для сохранения контекста предыдущих работ Фрейд не рассматривает «депрессию» как отдельную категорию в своей основанной на метапсихологии нозографии (в трансферные неврозы входят лишь истерия и обсессивный невроз; истерии тревожности выделяется

[3] *Jouissance* (фр., букв.) — 1) наслаждение; 2) оргазм; 3) право на пользование/владение чем-либо. Термин Ж. Лакана, который развивает концепцию «Genuss», описанную Фрейдом в работе «По ту сторону принципа удовольствия».

[4] Здесь следует сделать примечание относительно крайнего случая, суицидального акта. Хотя его различные смыслы зависят от положения субъекта, самый «примитивный» аспект — действительно примитивный, поскольку не было достигнуто даже отчуждение — заключается в том, чтобы «извлечь» неотчужденный объект из Другого, избежать становления его неограниченным jouissance и отбросить его в Реальное: в качестве означающего предела этой окончательной попытки рассматривалось окно, при полной «успешности» достигающее полного «отсутствия». См.: Anon., *Scilicet* (1968). — *Прим. автора.*

[5] kat' ecoxh/n (греч.) — по преимуществу.

[6] Идиома «поворот винта» в данном случае является аллюзией на известный одноименный рассказ Генри Джеймса. При этом автор отсылает читателя не столько к содержанию этой готической истории, сколько к смыслу ее названия, т. е. к новой разработке известной темы.

7 [7] «Die Trauer un den Urvater geht aus der Identifizierung mit ihm (her)vor, und solche Identifizierung haben wir als die Bedingung des melancholishen Mechanismus nachgewiesen».

промежуточное положение между ними, а маниакально-меланхолический психоз занимает значительное место в «нарциссической» категории).

Хотя Эрик Лоран об этом не упоминает, можно определить клинический резонанс этих идей в более позднем тексте, которому не уделяется достаточного внимания, в частности, имеется в виду «Демонологический невроз семнадцатого столетия» (Фрейд, 1923б). Меланхолическое истощение и летаргия Кристофа Хайцманна[8] последовали сразу за смертью его отца, и видения Дьявола должны были помочь ему, предоставив адекватную замену. Лоран совершает здесь скачок и подходит к этому типу идентификации с позиции лаканианского предотвращения Имени Отца — базисного механизма, действующего при психозах (вспомним, что, начиная с третьего семинара «preclusion», т. е. «предоотвращение», стало современным переводом фрейдовского термина Verwerfung — «отвержение», подробно обсуждающегося в клиническом случае Человека-Волка). Отсюда следует, что избыток jouissance при этой идентификации лишает мир удовольствия (таким образом обращая принцип удовольствия) и предопределяет инерцию меланхолического состояния.

Остановимся на этом моменте, но продолжим клиническое исследование и посмотрим, что наше смутное время — и бесконечный прогресс технологии — извлекли из этой тщательно продуманной структуры или, скорее, отделили от нее.

Отход от источников: основа и следствия системы DSM

Психоаналитик, работающий консультантом в общественном госпитале, стоит между двумя разными мирами: это бесконечная конфронтация между Психоанализом и Медициной, между миром, где возможен проблеск субъективности, и Наукой, которая по необходимости исключает все индивидуальное. Позвольте прокомментировать ряд клинических зарисовок из нашего каждодневного набора:

[8] Кристоф Хайцманн, баварский художник XVII века, заключивший, по его словам, договор с дьяволом и затем мучительно пытавшийся его расторгнуть. Случай его одержимости исследует Фрейд в своей работе «Демонологический невроз семнадцатого столетия».

> Консультанта зовут в палату госпиталя: прежний диагноз пациентки — «биполярное расстройство».
> Интервью происходит в комнате пациентки; она лежит на кровати, рядом сидит ее сестра. Между ними маленький ночной столик; на нем разложены лекарства, которые принимает пациентка. Они вполне соответствуют ее диагнозу: здесь горы лития, карбюамазепина, хлоназепама.
> — У меня бывают периоды эйфории, за которыми следуют периоды депрессии, — говорит пациентка.
> — Психиатр говорит, что было бы удобнее всегда оставаться на одном уровне, без этих колебаний «вверх-вниз», — добавляет ее сестра.
> — Что это за «эйфория»? — начинаю расспрашивать я.
> — Ну, все утверждают, что я говорю слишком много, слишком быстро, и я чувствую себя счастливой.
> — Это причиняет вам какие-нибудь неудобства? — спрашиваю я.
> — Вовсе нет, — отвечает она.
> — А «депрессия»?
> — О, когда это начинается, я предпочитаю до полудня оставаться в темной комнате.
> — А после полудня?
> — Я отправляюсь по магазинам, как всегда.

Несколько дней спустя я рассказал об этом случае эксперту-психиатру. Он объяснил мне, что есть два различных психиатрических критерия: «категориальный», при котором ищут признаки «категории» (например, «биполярного расстройства»), и критерий «измерения», при котором предполагается существование «минимальной биполярности», которую следует атаковать медикаментами для предотвращения развития полной «болезни».

> — У меня депрессия, — рассказывает пациент, — и я посетил невролога. Он диагностировал «общее депрессивное расстройство».

Естественно, он показал множество коробочек с меняющимися сериями антидепрессантов, которые он употреблял раньше или

употребляет сейчас. Они не дали никакого изменения; дело в том, что по возрасту его перевели на другую должность и понизили в категории. Он был водителем генерального управляющего, а теперь должен водить машины простых служащих. Вскоре пришло время пенсии; у него было ощущение, что все тщетно, а доход был минимален. Эту ситуацию флюоксетин, созданный, возможно, специально для энергичных «яппи», разрешить не смог.

> Другой пациент сообщает: — Я «биполярный». Мой психиатр поощряет меня вступить в группу поддержки для «биполярных».

Решающим моментом в лечении является сообщение диагноза. На болотистой почве психиатрии, между замкнутостью медицинского порядка и открытостью по требованию субъекта, не становится ли номинативный приговор фактором риска? Что касается аналитика, то просьбу: «Доктор, пожалуйста, скажите, что у меня», — как выражение изначального требования, невозможно исследовать, если она подавляется преждевременным поспешным ответом; перед ним стоит задача оставаться аналитиком, не прибегая к готовым рецептам заранее заданного («познанного») знания.

Ни абстиненция, ни нейтральность не заботят психиатра, когда он приклеивает пациенту ярлык. Тот факт, что при неврозе устанавливается псевдоидентификация с этим означающим и что с ним будет ассоциироваться тревожность (снижающаяся или возрастающая), его не волнует. Задача (с точки зрения психиатра) несложная: слова — всего лишь поверхностный феномен, лишенный материальной субстанции, побочный продукт нейротрансмиттеров, которые и следует рассматривать как материальную и действенную причину.

Психиатрии известно заранее, что хорошо и необходимо для организма. Фармакон — это средство, обещающее уменьшить или устранить «страдания». Нет необходимости спрашивать, не соответствует ли это предполагаемое страдание запросу и не служит ли прикрытием для желания. Возвращение к Фрейду — это тоже риск, если его означающие ставятся в доминирующую позицию. Аналитик может лишь сохранять позицию «мудрого неведения» (ignoranta docta), чтобы продуцировать вопрошающий субъект:

Тимей просит Сократа: «Я хочу, чтобы ты дал нам лучший, самый совершенный фармакон, то есть Знание»[9].

Закончим эту небольшую главу, вспомнив анализ демонологического невроза Фрейда. У нас нет ощущения, что речь идет о чем-то новом: одержимый художник Хайцманн во многом похож на этих пациентов в своей подчиненности Другому, полной зависимости от него, не допускающей ни малейших сомнений в его позиции. Времена изменились, и сейчас именитый доктор занимает место всемогущего существа, которое некогда принадлежало Дьяволу; тем не менее потребность в Другом у депрессивного пациента, за которое он готов платить своим порабощением, ничуть не менее очевидна.

На пути к Лакану: некоторые аспекты трансфера

Проблема психиатрии — и любого психиатрического диагноза — заключается в ее гибридном характере. С одной стороны, ей необходимо иметь дело с субъективным аспектом симптома, хотя в то же время ей приходится полностью отрицать этот аспект (и вместе с ним субъективность как таковую), чтобы получить доступ к Медицинскому Порядку[10].

Здесь может быть полезна теория четырех дискурсов Лакана. Согласно ей существуют только *четыре возможных дискурса*[11], *каждый* из которых указывает на определенный тип социальной связи. Во всех этих дискурсах есть общие образующие элементы, но они по-разному организованы в каждом случае.

Как известно, медицинский порядок обладает структурой *дискурса хозяина*, которая исключает субъект[12], а с ним и любую социальную связь, которая не относится к превосходству хозяина. Это можно проиллюстрировать следующей историей.

---

9 Платон, Критий.

10 Занятно, что одновременное принятие и отвержение означающего (определение отрицания, Verleugnung) характерно для перверсий.

11 Это Дискурс Хозяина, Дискурс Университета, Дискурс Истерички и Дискурс Аналитика. См.: Лакан (1968-9), Verhaeghe (2001).

12 См.: Clavreul, J. (1973).

Однажды я посетил психиатрический «интерактивный» курс. Аудитории не позволялось задавать вопросы непосредственно лектору, как это было принято в былые дотехнологические времена. Вместо этих старомодных привычек прошлого вопросы с несколькими вариантами ответов появлялись на экране уже готовыми. У каждого в аудитории было контрольное устройство для ответов, на котором можно было набрать соответствующий номер. Диалог был исключен, его устранила технология (тип опросника с «множеством ответов» передает суть дискурса хозяина: предполагается, что вы должны ответить в точности то, что требует хозяин).

Лектор был не в ладах со статистикой, которая указывала на то, что все еще остается небольшое количество исследуемых индивидов, предпочитающих не принимать психоактивных медикаментов: «остаток темных времен». К счастью, остальное население говорит «да» медицинскому дискурсу и даже требует таблеток. Наш новый Кнок[13] осознавал, что предстоит еще много работы, чтобы скорректировать общественное мнение и достигнуть полного обращения неверных. Extra medicinam nulla salus[14].

Это исключает другой аспект симптома, по крайней мере как понимает и рассматривает его психоанализ. Для медицины симптом может быть изолированным феноменом, универсальным для любого времени и любого места; доктор связывается со своим знанием, а пациент всего лишь предоставляет информацию. А для психоанализа знание (непознанное) — это знание бессознательного, и даже если аналитик «предположительно знает», остается тот факт, что он впервые слушает пациента, пребывая в полном неведении. Далее, все его «знания» и «опыт» не слишком ему помогают: ему необходимо отложить свои умения и ждать раскрытия конкретных означающих. Они вскоре покажут, что всякий «симптом» привязан к другому и потому не может быть изолирован. *Как бы это ни разочаровывало, симптом индивида не имеет универсальной ценности, лишь конкретное значение для отдельного субъекта*. Конечно, есть и другие отличия: например, важными феноменами для психоанализа — в которых все может указывать на истину — являются именно те, которые Наука отбрасывает («шум», «ошибки» и т. д.): сновидения, оговорки, шутки.

[13] Доктор Кнок, врач-шарлатан, персонаж комедии Жюля Ромена «Кнок, или Торжество медицины» (1924) — консультирует в маленькой деревушке и подчиняет всех ее обитателей Медицинскому Порядку. Его девиз: «Всякий здоровый пациент — это еще не выявленный больной».

[14] Вне медицины нет здоровья (*лат.*). Аллюзия на святоотеческое высказывание «Extra ecclesiam nulla salus» (Вне церкви нет спасения), ставшее религиозной догмой.

Процедура и метод системы DSM пытаются отделить каждый симптом (будь то «нарушения настроения» или любая другая категория) от его социального аспекта, что позволяет включить его в медицинский контекст. И действительно, это необходимый аспект медицины: иначе любое исследование (например, фармакологическое тестирование со случайными контрольными группами и т. д.) будет невозможным. Однако, как мы видели, именно в отношении «психических» аспектов эта структура вскоре показывает свою невозможность и/или бессилие[15].

Тем не менее такие отношения очевидны в общем контексте, где социальные связи все более сложны и сомнительны. Лакан указывал на общий феномен, *ослабление фигуры отца в западном мире*, растворение авторитета и одновременный акцент на неприкрытой власти; нет необходимости упоминать, что из этого бессмысленно извлекать общий патогенный момент, поскольку это приведет лишь к другому гибриду из социологии и психоанализа[16]. Однако его продолжающаяся ассоциация с так называемыми «новыми патологиями» остается открытой темой для исследования.

Депрессия и аналитический опыт

Лакан редко упоминает депрессию. Тем не менее в семинарах большинство из таких ссылок относится к введенной Кляйн «де-

[15] Эти два термина не направлены на критику медицины, так как Лакан включает их в структуры всех остальных дискурсов. Как показал Верхеге (2001), в этом обстоятельстве нет ничего плохого, так как оно имеет защитную природу.

[16] Этот феномен чрезвычайно сложен, и здесь мы его касаться не будем. Помимо тройного регистра (Символическое, Воображаемое, Реальное), который применим в этом контексте, фрейдовской «отец» расщепляется по крайней мере на два противоположных аспекта, безграничный *jouisseur* матрицы Тотем и Табу и примиряющий законодатель из работы «Моисей и монотеизм». См.: Жижек (1997), Верхеге (1999), Зафиропулос (2002), Нойбургер (2003).

прессивной позиции»: далее в том же духе он связывает это с окончанием анализа. Величайшая заслуга Мелани Кляйн (идущей по шагам своего учителя Карла Абрахама, о чем не забывают упомянуть Котте и Лоран) заключалась в установлении связи депрессивного феномена с возможностью завершения «бесконечного анализа». Скорбь, связанная с сепарацией, лежит в основе «депрессивной позиции», где она, возможно, ослабляет прежние узы, прежние надежды на ответ Другого, который полностью удовлетворит требования влечений реального — частичное и болезненное понимание его невозможного характера и необходимости новой отправной точки. Вместо того чтобы представлять фантастический балет садистически разрушаемых частичных объектов, которые преследуют беззащитное Эго, Лакан обозначает этот поворотный момент «la destitution subjective»[17] и сопоставляет его с другим вызывающим скорбь событием, исчезновением «субъекта, предположительно знающего» (*sujet suppose savoir*), по мере того, как аналитик переходит от этой позиции к нежелательной — или еще более нежелательной — позиции объекта. Это также показывает нам практическую сторону рассмотрения депрессии и всякого диагноза вообще в свете трансфера и метапсихологии, а не в рамках атеоретического, чисто феноменологического подхода: структурный недостаток не может быть устранен или полностью переведен в означающие, в то время как с утратой справляются, пусть даже и посредством «ложной ассоциации» (*falsche Verknupfung* по Фрейду)[18].

[17] Другие изменения Бытия могут способствовать продвижению в анализе и определять прогресс лечения. Это произошло в известном случае Фриды, пациентки Маргарет Литтл (1956), с психотической меланхолией; Лакан подробно комментирует этот случай (1962–3) в семинаре по тревожности. Аналитик исчерпала все ресурсы, предлагавшиеся ей литературой и преподавателями ее института: сначала она интерпретировала шизо-параноидный «трансфер», затем «депрессивную позицию», но ни одна из технических процедур не вызвала изменений. Знаменитая интервенция Литтл заключалась в том, что она озвучила пустоту и крайнее отчаяние. Результат известен: пациентка отреагировала как никогда прежде и встала на путь выздоровления. Лакан объясняет, что именно с этого момента трансфер начался по-настоящему, а не в воображаемых неверных шагах, которые предписывает Дискурс Хозяина.

[18] Это подразумевает общий контекст этического измерения в анализе, и одна из возможностей состоит в том, чтобы понять одно из самых трудных для понимания утверждений Лакана (1974, стр. 39), ярлык lachete morale (моральной трусости), который он относит к печали или депрессии. Несмотря на попытки

«Счастливого конца» не предвидится: светлый образ вечной благодарности и признания между аналитиком и пациентом может, конечно, скрывать под собой сохранившуюся зависимость, которая не означает разрешения трансфера. Однако творческие возможности результирующей «sujet averti de l' inconscient» — это уже неплохо...

Литература

Anon. (1968) *Essai sur la signification de la mort par suicide. Scilicet*, Seuil, Paris

Clavreul, J. (1973) *L' ordre Medical*, Seuil, Paris.

Cottet, S. (1985) *La "belle inertie". Note sur la depression en psychanalyse. Ornicar?* No. 38, Navarin Editeur, Paris.

Freud.S. (1915a) *Trauer und Melancholie*. G.W. 10: 428; S. E. 14: 237.

Freud, S. (1915b) *Ubersicht der Ubertragungsneurosen*. S. Fischer, Frankfurt/M, 1985.

Freud, S. (1923a) *Das Ich und das Es*. G.W. 13: 237; S. E. 19: 1.

Freud, S. (1923b) *Eine Teufelsneurose im XVII*. Jahrhundert. G.W. 13:317; S. E. 19:67.

Lacan, J. (1962-3) *Le Seminaire, Livre X: L'angoisse* (unpublished).

Lacan, J. (1964) *Le Seminaire, Livre XI: Les Quatre Concepts Fondamentaux de la Psychanalyse*, Seuil, Paris, 1973.

Lacan, J. (1968-9) *Le Seminaire, Livre XVII : L'envers de la psychanalyse*. Seuil, Paris, 1991.

Lacan, J. (1974) *Television*. Seuil, Paris.

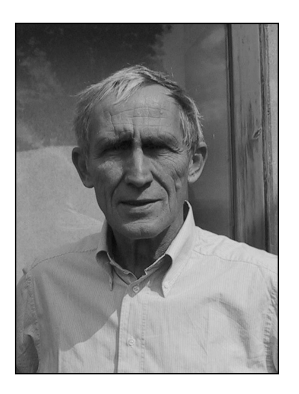
Laurent, E. (1988) *Melancolie, douleur d'exister, lachete morale. Ornicar?* No. 47, Navarin Editeur, Paris.

Little, M. (1956) *"R" — la reponse totale de l'analyste aux besoins de son. patient*. In : Le Contre-Transfert, ed. Colette Garrigues-Nancy Katan-Beaufils. Navarin Editeur, Paris, 1987.

Neuburger,R. (2003) *Contra la disolucion. Psicoanalisis y el Hospital*, Ediciones del Seminario, No. 23.

проработать этот афоризм, ни Котте, ни Лоран, увы, не смогли с ним ничего сделать и только признали его сакральный характер. Конечно, потенциальная опасность сведения его к проблеме морали (которого тщательно избегает психоанализ) несомненна.

Verhaeghe, P. (1999) *Love in a time of Loneliness*, Other Press, New York.
Verhaeghe, P. (2001) *Beyond Gender*. Other Press, New York.
Zafiropoulos, Markos (2002) *Lacan y las ciencias sociales: La Declinacion del Padre*. Nueva Vision, Buenos Aires.
Zizek, Slavoj (1997) *The Big Other doesn't exist*. *Journal of European Psychoanalysis*, Il Mondo 3 Edizioni, No. 5.



Хорст Кэхеле[1]

Отборочное обследование и терапия матерей с послеродовой депрессией

1. Содержание исследований

При помощи лонгитюдной модели отбора 722 матери после родов были обследованы на предмет послеродовой депрессии. Эта модель содержит в себе Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (EPSD) и Шкалу депрессии Гамильтона (HAMD). Первый отбор осуществлялся через 6–8 недель после родов при помощи EPSD. Матери с высокими показателями первого отбора прошли второй отбор через 9–12 недель после родов при помощи EPSD. Временной промежуток между первым и вторым обследованием составлял по крайней мере 3 недели. Матери с высокими показателями обоих отборов были также обследованы при помощи Шкалы депрессии Гамильтона (HAMD). Для классификации использовался ДСМ-4. После наблюдения, продолжавшегося до третьего месяца после родов, 3,6% матерей (N = 28) получили диагноз послеродовой депрессии. Этим матерям были предложены различные методы терапии. 18% из них приняли предложения. Остальные матери с послеродовой депрессией отказались от терапии, большей частью по

[1] Хорст Кэхеле — доктор медицины, профессор, психоаналитик, заведующий отделением Психосоматической медицины и психотерапии в центре психотерапевтических исследований в Ульмском университете (ФРГ). E-mail: horst.kaechele@medizin.uni-ulm.de.

практическим причинам. У 13,4% матерей были высокие показатели при первом отборе, но они не подтвердились при втором. В случае этих матерей сейчас осуществляется долговременное наблюдение для того, чтобы отличить депрессивный эпизод и депрессию с осциллирующими симптомами.

2. Введение

Существует различие между послеродовой депрессией и так называемой «хандрой после родов» (Baby Blues). Основные симптомы хандры после родов — это печаль и лабильность аффектов. Около 50% матерей страдают от хандры после родов. Как правило, симптомы появляются между вторым и пятым днями после родов и вскоре исчезают. Депрессивные же симптомы появляются или остаются по прошествии первых десяти дней после родов и могут сохраняться неделями или месяцами, а в более серьезных случаях и годами. Для точного диагноза послеродовой депрессии необходимо, чтобы эти симптомы начинались в течение первых двух месяцев после родов.

По данным литературы, по большей части англо-американской, послеродовой депрессией страдают около 10% родивших матерей. Некоторые авторы приводят более высокие показатели. Гаррис обнаруживает депрессивные эпизоды у 15% матерей в конце второго месяца после родов. Рейхард нашел послеродовую депрессию у 19,9% наблюдавшихся матерей в конце второго месяца после родов. У других исследовательских групп более низкие показатели. Например, Ли в Гонконге обнаруживает послеродовую депрессию у 5,5% матерей. Рейхер-Ресслер после интенсивного обзора литературы находит, что 10–15% матерей после родов имеют депрессивные симптомы или у них развилась депрессия.

Для обследования матерей с послеродовой депрессией широко используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPSD). Эдинбургская шкала представляет собой шкалу самоотчета из 10 пунктов. Ее впервые представил шотландский психиатр Дж. Кох. Чувствительность первоначальной шкалы составляет 86%, специфичность — 78%. Гаррис смог показать, что у Эдинбургской

шкалы послеродовой депрессии более высокая чувствительность и специфичность при обследовании послеродовой депрессии, чем у шкалы депрессии Бека (BDI). В ряде стран существуют переводы, и у них достаточная валидность.

Симптомы послеродовой депрессии не отличаются от симптомов депрессий, протекающих в любое другое время. Тем не менее мы полагаем термин «послеродовая» оправданным по ряду причин:

А. Рождение ребенка и первое время после родов представляют собой большой психосоциальный стресс для матери (новая ситуация, изменение отношений), который отсутствует в другие периоды жизни.

Б. Депрессии и психотические заболевания чаще начинаются в первые месяцы после родов, чем в любой другой период жизни женщины.

В. В ряде исследований наблюдалась корреляция между гормональными изменениями в первые недели после родов и началом депрессии.

Г. Некоторые авторы находят, что послеродовая депрессия матери влияет на развитие ребенка.

3. Участники и метод исследования

Обследование

Исследование осуществлялось в сотрудничестве с Мариен-госпиталем в Штутгарте и двумя акушерками в сообществе. Матери обследовались индивидуально. Матери, которые не знают немецкого языка, исключались. В течение первой недели после родов у всех матерей были собраны акушерские и социальные параметры. Интервью осуществлялись в госпитале или по телефону. Время первого обследования на предмет послеродовой депрессии составляло 6–8 недель после родов. При этом мать заполняла анкету Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPSD 1). Эта анкета либо высылалась матерям, либо заполнялась в телефонном разговоре с ними. Отсев составлял 9,5%. Все матери с высокими показателями по EPSD-1 обследовались вновь через 9–12 недель после родов. Время между первым и вторым отборочными иссле-

дованиями составляло по крайней мере 3 недели. В том случае, если показатели и во второй раз были высокими, осуществлялось уточняющее интервью по методике Гамильтона (HAMD). При помощи этого интервью можно осуществить классификацию по ДСМ-4. Клинические интервью проводились, по мере возможности, в исследовательском центре психотерапии в Штутгарте. В случае практических сложностей для матери интервью проводилось с выездом на дом.

Терапевтическая помощь депрессивным матерям

Тем матерям, у которых была обнаружена послеродовая депрессия по критериям ДСМ-4, предлагалась терапевтическая помощь. Терапевтическая помощь состояла из групп самоподдержки, психиатрического лечения вне госпиталя, психотерапии вне госпиталя или лечения в госпитале. Реакции матерей записывалась. В случае отказа от всех терапевтических возможностей фиксировались называвшиеся матерями причины отказа.

Статистический анализ

Для статистического анализа использовались группа матерей с высокими показателями при обследованиях и группа матерей с клиническим диагнозом послеродовой депрессии. Матери, у которых были высокие показатели только по EPSD-1, к терапии не привлекались. Анализ осуществлялся при помощи Статистического пакета для социальных наук (SPSS). Для категориальных данных использовался Х2-тест.

4. Результаты обследования

Исследования осуществлялись с 1998 по 2000 год на протяжении более 18 месяцев. За это время в Мариенгоспитале родилось 2990 детей. 149 детей родилось в сообществе при помощи акушерок. В исследовании мы просили принять участие 1102 матери, которые могли говорить на немецком языке. 812 из них согласились участвовать. У 772 были все исследования, необходимые для использования данных. Следовательно, процент участия равнялся 73,7%. Отсев составил 4,9%.

При первом обследовании при помощи Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPSD 1) 132 матери (17%) имели высокие показатели: более 9,5. У 640 матерей были нормальные показатели. Второе обследование 132 матерей с высокими показателями первого обследования показало, что 28 из них (3,6%) вновь имеют высокие показатели по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии (EPSD 2). Все эти матери соответствовали критериям депрессии по ДСМ-4.

Сравнение психосоциальных и акушерских параметров показывает, что группа матерей без депрессивных симптомов и группа матерей с послеродовой депрессией отличаются по некоторым факторам, а по другим факторам отличий нет. Способ родов не оказывает особого влияния на появление послеродовой депрессии. У матерей, рожавших при помощи кесарева сечения, несколько меньше случаев послеродовой депрессии, чем у матерей, рожавших спонтанно. Различие это не очень велико. Статус партнерства не слишком влияет на появление послеродовой депрессии. Но существенное отличие относилось к наличию поддержки со стороны партнера. Матери с послеродовой депрессией чаще жаловались на недостаточную поддержку со стороны партнера или на ее отсутствие (39,3%), чем матери, не переживающие депрессивного эпизода после родов (12,3%). Это различие было существенным.

Терапевтическая помощь депрессивным матерям

Матерям, у которых в течение 3 месяцев после родов наблюдалась послеродовая депрессия, была предложена терапевтическая помощь. Пять из них приняли одну или более из предложенных вариантов терапии. При отказе от терапии женщины, как правило, выдвигали фактические или практические причины. 39% матерей отказались по фактическим причинам (например: «Я всегда отказываюсь от психиатрической или психотерапевтической помощи, поскольку думаю, что мне это не поможет»). 26% отказались по практическим причинам (например: «У меня нет времени»). 35% матерей не привели никаких причин своего отказа от терапевтической помощи.

Описания случаев группы женщин с высокими показателями

Далее приводятся три описания случая. Для сохранения анонимности женщины характеризуются метафорами.

Описание случая 1
«Печальный черный лебедь»

Матери 34 года, она уроженка Юга, замужем, занята на социальной работе. Два года назад она проходила гештальт-терапию из-за проблем в парных отношениях. Психотерапия была для нее позитивным опытом. В то время у нее был другой партнер. До пятого месяца беременности она страдала от рвоты и временами была вынуждена оставаться дома и не ходить на работу. Ее сын родился с весом 4300 граммов при помощи кесарева сечения. Сначала она чувствовала себя хорошо, но на четвертый день после родов начались кошмарные сны и чувство тревожности; клинического психолога дважды приглашали к ней. На первом обследовании у нее были высокие показатели, а на втором она чувствовала себя гораздо хуже — она очень депрессивна. Она пришла на клиническое интервью, и оказалось, что она соответствует критериям ДСМ-4. Никто, кроме мужа, не знал о ее плохом состоянии. Муж поддерживал ее, но у него мало времени из-за того, что он сам обеспечивает себе рабочую занятость. Они часто спорили. На интервью ей была предложена профессиональная помощь. Она выбрала бихевиоральную терапию с тем психологом, который наблюдал ее в госпитале. Мы обеспечили ей этот контакт; несмотря на хороший опыт психотерапии в прошлом, ей была необходима наша поддержка, чтобы совершать этот шаг. Психотерапия была успешной и завершилась приблизительно через год после родов. Пациентка чувствует себя гораздо лучше; она задействована на работе и очень активна в свободное время.

Описание случая 2
«Женщина, скрывающая болезнь»

Это датчанка тридцати с лишним лет, у которой есть трехлетняя дочь. Она замужем. Она вспоминала, что шесть лет назад у нее был длительный период депрессивного настроения. После смены работы она почувствовала себя лучше, и ее отношения тоже улучшились.

Она не работала с тех пор, как три года назад родила дочь. Ее муж приходит с работы поздно вечером, так что поддержка с его стороны невелика. Беременность протекала хорошо, и она без осложнений родила сына у себя дома. У нее были высокие показатели при первом обследовании — она страдала от страха, печали, вины и депрессивных чувств; иногда она думала о суициде. При втором отборе у нее снова были высокие показатели. Впоследствии она пыталась скрыть свое состояние, проявившееся на первом обследовании. Клинические интервью проходили у нее дома, и не было никаких признаков клинических симптомов, присутствовавших две недели назад. Ее состояние поразительно улучшилось. Однако акушерка сообщала, что у этой женщины были периодические депрессивные фазы. Эта мать переживала послеродовую депрессию с осциллирующим течением. Возможно, интервью проходило в благоприятной фазе; но у нас сложилось впечатление, что она пытается скрыть свою болезнь.

Описание случая 3
«Женщина с заблокированной силой»

Активная женщина с высшим образованием, 33 лет, замужем, родила первого ребенка. Отношения в паре длительные и позитивные. Муж объективно достаточно хорошо помогает ей с ребенком, но субъективно его помощь воспринимается как недостаточная. Работа была для нее важна, и она ее любила; она казалась вполне успешной и амбициозной. В прошлом она проходила психоаналитическое лечение из-за булимии; сейчас она в этом отношении чувствует себя нормально, к психотерапии относится неопределенно. Беременность протекала хорошо. Она родила дочь при помощи кесарева сечения; наркоз был для нее кошмаром, за ним последовали галлюцинации, и в течение недели, проведенной в гинекологическом отделении, она чувствовала замешательство и много плакала. Мы провели с ней долгую беседу и предложили обращаться в случае необходимости. Она несколько успокоилась. В три месяца у дочери начались колики. При первом отборе у женщины были высокие показатели, она страдала от страхов и переутомления, и у нее иногда были суицидальные мысли. При втором отборе она чувствовала себя гораздо лучше, и у нее были более низкие показатели. Спустя

13 месяцев после родов она вновь обследовалась из-за плохого самочувствия. Состоялась интенсивная беседа, и стало ясно, что в эти тринадцать месяцев у нее была глубокая депрессия с осциллирующим течением. Она сказала, что было бы лучше получить профессиональную помощь. Сейчас она посещает психотерапию; после Рождества она почувствовала себя лучше, и это состояние стабильно. Этот случай показывает, что имеет смысл проследить развитие симптомов после третьего месяца.

Чарльз Сасс[1]

Депрессия: человеческая, социальная и символическая патология[2]

Депрессия — это объемное понятие, это очень распространенная патология, с которой мы все чаще и чаще встречаемся в нашей психотерапевтической практике.

В данном кратком сообщении я ограничусь тем, что подчеркну лишь некоторые аспекты депрессии и депрессивных пациентов.

Когда мы говорим о депрессии, первая проблема, с которой мы сталкиваемся — как более четко определить это понятие. Я полагаю, что депрессия — это не болезнь; ее нельзя свести к простой нехватке допамина или серотонина, которую можно лечить исключительно медикаментозно.

Это и не психическая структура, поскольку мы можем наблюдать депрессию у психотических, первертных и невротических пациентов (три традиционные структуры в психоаналитической нозографии).

Депрессию следует рассматривать как симптом (комбинацию ряда связанных элементов). Это формирование/выражение бессознательного, которое необходимо исследовать/анализировать с учетом всех аспектов личности и истории жизни пациента.

Это означает, что каждая депрессия уникальна, как уникален каждый пациент. То есть, жалоба пациента должна быть услышана и восстановлена во всей полноте своего смысла.

Что же такое депрессия?

---

[1] Чарльз Сасс — психотерапевт, психоаналитик, президент Бельгийской ассоциации психотерапии.

[2] Перевод с английского О. А. Лежниной.

Ее можно определить как патологию способности желать; как патологию действия; и, более философски, как неспособность принять нашу человеческую природу.

Помните короткую статью 1915 года об «эфемерной судьбе», в которой Фрейд говорит, что его поразило высказывание молодого поэта (Райнер Мария Рильке), сказавшего, что ничто в этом мире не представляет ценности, поскольку все проходит, все бренно, в особенности красота.

И действительно, жизнь полна утрат и сепараций.

Мы начинаем с того, что наше слияние с матерью жестоко обрывается. Затем мы должны учиться преодолевать ряд сепараций (от кормящей груди, от заботливых и защищающих родителей, от собственных иллюзий всемогущества — то, что называется воображаемой кастрацией). Мы также должны вступить в мир языка и утратить прямой контакт с объектами (что называется символической кастрацией). Затем мы должны избрать психический гендер, сексуальность, профессию, жену или мужа... а выбрать одно значит потерять другое!

Затем мы теряем близких друзей, теряем родителей, теряем молодость, здоровье и наконец, умираем...

Жизнь человека — череда сепараций и травматических моментов. Другими словами, вопрос не в том, почему наши пациенты иногда переживают депрессию, а в том, как нам всем удается ее избегать!

Депрессия — это также социальный феномен.

Важно учитывать социальное окружение и то, как общество поддерживает / поощряет жалобы пациента.

Чтобы рассказать о себе, мы используем слова и выражения социального дискурса; мы интериоризовали социальные представления. Это оказывает сильнейшее влияние на субъективность пациента и на то, как он переживает свое страдание.

В западных странах мы наблюдаем распространение депрессии (исследования в Бельгии показывают, что от депрессии страдает 12 % населения). Некоторые характеристики западного стиля жизни могут объяснить это возрастание депрессии. Возможно, это будет интересно и для вас, так как эти западные характеристики склонны распространяться по всему миру. Какими же характеристиками

обладает западное материалистическое общество, общество, основанное на потреблении?

Во-первых, это индивидуализм. Часто он означает одиночество, особенно в больших городах и для пожилых людей. Защитная роль семьи, живущей вместе, снижается. Уже нет коллективных целей, общих социальных идеалов. Также утрачивается уверенность в будущем (страх экономического спада, безработицы, социальных сложностей...) и недостаточная уверенность в способности общества разрешить эти проблемы. Так социальная неуверенность приводит к индивидуальной тревожности и депрессии.

Вторая характеристика — социальное давление необходимости достижений. Необходимы достижения в работе, семейной роли, в сексуальности, в отдыхе. Во всех аспектах жизни люди должны быть чемпионами, они должны быть на высоте (к этому призывает и реклама).

Несоответствие этому социальному представлению о совершенстве приводит к низкой самооценке и депрессивным аффектам. В фрейдовских терминах, пациенты демонстрируют очень требовательный эго-идеал, и мы наблюдаем, что эго-идеалы становятся все менее развитыми, зрелыми и сложными, все более нарциссическими, расщепленными, основанными на образах доэдипальных родителей.

Затем, есть общая иллюзия, что потреблением товаров можно достичь тотального счастья. Люди должны быть активными потребителями, и это поддерживает их идентичность.

Эта иллюзия разделяется также определенными медицинскими кругами, придерживающимися того мнения, что единственным лечением от депрессии могут быть медикаменты; пациенты сводятся к потребителям, решением становится потребление множества медикаментов. К счастью, психоаналитики выступают против этого чисто нейрологического представления о человеке.

Общество потребления основано на постоянном соблазне принципом удовольствия: удовольствие может принести покупка товаров, причем покупка немедленная, своего рода компульсивное действие, когда удовольствие может быть получено вне зависимости от принципа реальности и от любых ограничений.

Помимо этих характеристик, объясняющих рост нарциссической патологии, нельзя забывать и о двух других социальных факторах: падении авторитета и изменении в отцовской фигуре, о которых уже давно говорил Жак Лакан. Поиск немедленного удовлетворения является попыткой обойти принцип реальности, основанный на рациональности и вторичных процессах, а вторичным процессам необходимо время для психического развития.

И последнее, что я хотел бы заметить: депрессия — это патология времени.

Неспособные действовать, неспособные к предварительному планированию, неспособные говорить и участвовать в потоке взаимодействий между людьми, депрессивные пациенты живут так, как если бы время застыло, утратило направление; они живут в синхронистичности.

Это говорит об отрицании реальности; это говорит о регрессивной защите от фрустрирующей, невыносимой и травматической реальности и потребности либидинально инвестировать эго.

Фрейд сказал, что депрессия сходна со сновидением. Сновидение исцеляет; оно позволяет человеку избежать фрустрирующей реальности или защититься от подавляющего его количества возбуждения. Так действует и депрессия.

Ференци также сравнивал депрессию с защитным сном. Поэтому к депрессии следует относиться с уважением. Работа скорби (die Trauerarbeit) требует времени для психической проработки. Помните предостережение Фрейда: осторожнее с «furor sanandi», нашим яростным стремлением исцелять! Наше стремление помочь пациенту и вылечить его должно сдерживаться тем фактом, что пациентам может быть нужно время для их скорби.

Нам необходимо также быть внимательными к желаниям пациента; мы можем отметить, что пациент активен, что-то делает, но как-то механически, как машина. То, что он делает, кажется несвязанным с его психической жизнью. Он субъективно не инвестирует свои действия. Медикаменты усугубляют ситуацию; пациент активен, но отсутствует интеграция между физическим действием и ментальным действием. По сути, его фантазийная жизнь остается пустой. Нет такого объекта или заменителя, которого стоило бы желать. Не забудем, что для психического развития требуется время; что для усиления желания определенного объекта необходима отсрочка. Факт отсрочки инстинктивного удовлетворения составляет разницу между потребностью и желанием. Наркозависимые испытывают потребность в получении немедленного удовлетворения от потребления своего объекта, наркотика.

Как эти элементы могут указать нам направление в нашей практике?

Как психоаналитики, мы осознаем уникальность каждого пациента. Фрейд рекомендовал каждый раз все изобретать заново, мы должны проявлять креативность, поскольку нет одной универсальной техники для всех депрессивных пациентов. Лечение депрессивных пациентов — это не вопрос правильного применения техники, как в бихевиоральной терапии.

Лечение — это встреча двух людей, обреченных как-то справляться с фактом своей смертности и с сексуальностью. Простое присутствие (нейтральное и доброжелательное присутствие) психоаналитика позволяет развиться в начале лечения очень устойчивому трансферу. Хайнц Когут назвал его близнецовым трансфером (также его называют трансфером альтер-эго); этот трансфер помогает пациенту, подкрепляя его нарциссизм успокаивающим присутствием другого человека, такого же, как и он сам, успокаивающим ощущением, что он относится к человеческому сообществу.

Необходимо ввести в психический аппарат пациента креативность, чтобы мобилизовать его ментальные способности для установления связей между представлением-вещью и представлением-словом.

Необходимо также стимулировать фантазийную жизнь, чтобы либидо (любовь или гнев) могло ре-инвестироваться во внешние объекты.

И наконец, в психическую экономию нашего пациента необходимо вводить Время. Время — это диахронистичность; Время — это основа символизации.

Сеттинг или рамки лечения — это первый элемент. Лечение определяется во времени регулярными и планируемыми сессиями; каждая сессия измеряется во времени; она начинается и через

сорок пять минут заканчивается, хотя с другой стороны, некоторые элементы рамок остаются одними и теми же, что успокаивает.

Диахронистичность — основа языка (люди — это говорящие животные, и уже этот факт все радикально меняет). Каждое слово, каждый звук имеет определенное место в предложении и во времени, так что можно найти его смысл.

Использовать слова для выражения смысла означает символизировать, связывать свободную энергию ментальными репрезентациями, чтобы помочь эго гармонично интегрировать события в соответствии с принципом реальности. Разговор возвращает пациента к миру обмена, к поиску смысла и новых объектов желания, в измерение смысла, в жизнь.

М. М. Решетников

Общие принципы терапии депрессий

В этом разделе автор вынужден апеллировать к более солидному опыту и публикациям своих коллег[1], а также к собственным данным, полученным в процессе терапии 13 случаев депрессии, протяженность которых составляла от 2 месяцев до 8 лет. В двух случаях терапия была безуспешной (как мне сейчас представляется, в результате недооценки мной исходных противопоказаний к ней — см. раздел «Противопоказания») и еще в двух — прервана пациентами, вероятно, вследствие допущенных терапевтических ошибок. В отношении остальных 9 случаев можно признать, что было достигнуто улучшение или значительное улучшение, позволяющее пациентам обходиться без терапевта и фармакологической поддержки.

Первым этапом, как и во всех других случаях, является установление терапевтического альянса. До формирования переноса терапевту целесообразно просто слушать и сочувствовать точке зрения пациента. Возможно, самой распространенной ошибкой членов семьи и даже специалистов является попытка утешить

[1] В этом разделе обобщаются как собственные наблюдения, так и данные других авторов, в частности, изложенные в монографиях: *Jacobson E.* Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions. New York, International University Press, 1971; Essential Papers on Depression, Ed. by J. C. Coyne. New York, International University Press, 1985; *Solomon A.* The Noonday Demon. An Anatomy of Depression. London, Vintage, 2002; *Wolberg L. R.* The Practice of Psychotherapy. New York, Brunner/Mazel, 1982 и некоторых других.

пациента, фокусируясь на позитивных аспектах. Но комментарии типа: «У вас нет серьезных причин для депрессии» или «Я уверен, что это скоро пройдет» — обречены на провал. Эти «ободряющие» комментарии воспринимаются депрессивными пациентами как существенный недостаток эмпатии и даже обычного человеческого понимания, что только усиливает у них ощущение одиночества и депрессии.

Напротив, лучше исходить из их реальности, понять и донести это понимание до пациента, что у него, вероятно, есть какие-то особые основания для депрессии, даже если они пока не известны терапевту (и пациенту). Очень важно в этой ситуации не столько бороться за чистоту метода и нейтральность, сколько выразить свое сочувствие (даже если оно не будет принято) и предложить пациенту совместное исследование причин его страдания. То есть вначале целесообразно ориентироваться на поддерживающий подход, не предполагающий каких-либо интерпретаций. Преждевременные интерпретации, даже если они верные, будут восприниматься и переживаться пациентом как неэмпатичные и неудачные. Максимально эффективным и для этого этапа, и для всей последующей терапии было бы сосредоточиться на слушании и попытке понять не столько причины, сколько сложившиеся у пациента представления и взгляд пациента на его страдание.

В процессе этапа слушания терапевт должен пытаться найти (вначале для себя, а не для пациента) объясняющую формулировку (психодинамический контекст) конкретного случая депрессии. То есть — ответить (для себя) на ряд вопросов. Перечислим основные. Какие нарциссически ценные ожидания пациент не смог реализовать (начиная с самого раннего детства)? Кто для него доминантный другой, ради которого он живет, в котором нуждается и от которого не получает желаемого отклика? Существует ли вина, связанная с подавленной агрессией, и если так, на кого направлены его гнев и отчаяние и к кому он обращается за любовью? А также — какие актуальные события предшествовали депрессии (и как они могут быть связаны с событиями раннего детства, патологическими паттернами чувств и поведения)?

Как правило, за время, пока терапевт вникает в неповторимую историю развития и жизни конкретного пациента, а также формулирует предварительную гипотезу о психодинамическом основании случая депрессии, у пациента (если терапевт не допускает ошибок) формируется трансфер. То есть терапевт становится «доминантным третьим» помимо «доминантного другого», существующего в жизни или только в представлениях пациента.

Многие из проблем первичных отношений пациента к этому «доминантному другому» будут проявляться и в трансфере. Специфично, что построение терапевтического альянса, как правило, требует, чтобы терапевт соответствовал определенным ожиданиям пациента (отчасти даже моделировал этого «нехорошего» «доминантного другого»), что на первом этапе способствует повторению (и даже обострению) патологии пациента в терапевтических отношениях. Когда терапевт уже обладает достаточной суммой знаний о пациенте и психодинамических основаниях депрессии, он может переходить к более экспрессивному подходу и предпринять первую попытку интерпретировать для пациента паттерн этого доминантного другого, который вызывает так много боли. Задача этих (обычно косвенных) интерпретаций состоит в том, чтобы пациент смог прийти к сознательному пониманию того, что его депрессия имеет межличностный контекст, что все его поведение и состояние так или иначе апеллирует к конкретному «другому», для которого он живет, и фактически — пока не знает, как жить для самого себя. Он всегда прислушивался к этому «другому» (в реальных отношениях и в себе) и практически никогда — к себе; в ситуациях большой аффективной значимости (почти всегда связанных с «другим» или его эквивалентами) он никогда не мог себя утвердить. Он оценивал себя обычно с точки зрения «доминантного другого» и оценивал не всегда верно. Он постоянно заботился лишь о получении одобрения, любви, восхищения или хотя бы заботы и внимания от этого «доминантного другого». Осознание этих интерпретаций приходит не сразу, но когда оно станет реальным, обычно проявляется мощный гнев на «доминантного другого» (и «третьего», каковым становится терапевт, — тоже, так что уже здесь возникает опасность прерывания терапии по инициативе пациента).

После проработки этого гнева и принятия пациентом содержания этой «извращенной доминантной идеологии» задача терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту попытаться найти и рас-

смотреть новые способы существования (без «доминантного объекта», что чаще всего вначале принимается как невозможное). Тем не менее следует очень деликатно, но настойчиво предлагать (опять же — преимущественно косвенно) пересмотреть идеализированные ожидания пациента таким образом, чтобы их можно было реализовать или хотя бы принять сложившиеся межличностные отношения с объектом в том виде, как они существуют в реальности, а может быть, даже дистанцироваться от них или заменить их другими. Я еще раз подчеркну — все эти попытки предпринимаются только косвенно. Если терапевт говорит пациенту, «что и как ему следует делать», это будет лишь еще раз способствовать его низкой самооценке (так как доминантный другой чаще всего поступал именно так), усилению трансферентного невроза и неэффективности терапии. Любой запрос пациента на решение его проблем целесообразно возвращать ему же, так как только он владеет всей информацией и только ему принадлежит право решения той или иной ситуации, а также выбор способа ее разрешения.

Еще раз повторим, что основным для психодинамического подхода к случаям депрессии является установление, воссоздание и доведение до сознания пациента межличностного смысла и глубинного содержания депрессии. К нашему сожалению, пациенты обычно активно и долго сопротивляются этому и нередко предпочитают считать, что их депрессия существует как бы «в вакууме» или только в них самих и никого, кроме их самих, винить здесь нельзя. К еще большему сожалению, когда наконец эта вина «доминантного другого» объективизируется для пациента, она тут же проецируется и на «доминантного третьего» — терапевта, который становится самым приемлемым и доступным объектом для отмщения, унижения и даже оскорбления. Это вначале нужно принимать (ни в коем случае не становясь в позу обиженного или оскорбленного — терапевт не имеет на это права), а затем — очень медленно и последовательно преодолевать. Возможные интерпретации здесь также должны быть предельно деликатными, чтобы не провоцировать новое чувство вины у пациента (у него этого «добра» и так через край). Лучше принять часть вины на себя и одновременно стимулировать исследование проблемы. Например, в форме: «Я, вероятно, допустил какую-то оплошность или даже

ошибку, что вызвало ваш гнев. Я пока не знаю — какую, но пытаюсь понять. Может быть, Вы согласитесь помочь мне в этом? Тем не менее я вижу, что сила ваших чувств очень велика. Может быть, они не все относятся ко мне, а связаны еще с кем-то или другими подобными ситуациями?»

Достаточно часто случаи терапии депрессий застревают именно на повторении характерного для таких пациентов паттерна объектных отношений, в основе которого лежат мощные амбивалентные чувства — любви и ненависти, а также — неспособности воспринимать одно без другого. Как правило, для них любовь без ненависти — это не любовь. И терапевт должен быть готов в полной мере (в переносе) испытать на себе и первое, и второе. Немного забегая вперед, нужно отметить, что по мере освобождения пациента от чувства вины она будет так же проецироваться вовне и так же — на терапевта, который будет попеременно оказываться то причиной очередных несчастий пациента, то источником его страданий. Межличностный контекст страдания всегда принимается с большим трудом, а объектный характер проблемы, даже когда ее содержание раскрыто (в многократных, желательно — косвенных интерпретациях) и даже принято пациентом, продолжает еще долго манифестироваться в его речи как исключительно внутриличностный. И на это нужно обращать внимание, в том числе самого пациента. Даже такая безобидная фраза пациента: «Как мне надоели мои проблемы!» — должна вызывать реакцию: «Разве мы уже не обсуждали то, что они не только ваши?». Перевод проблемы с внутриличностного уровня на межличностный — одна из важнейших задач.

Очень кратко о психофармакологии. В ситуациях, когда душевная боль нестерпима, нужно исходить из принципа, что прежде чем приступить к терапевтическому воздействию (по интенсивности боли иногда сравнимому с хирургическими манипуляциями), вначале нужно обезболить. Но категорически неприемлема все еще распространенная точка зрения, что и «просто обезболивания» с помощью очередного модного антидепрессанта может быть достаточно.

Несмотря на уже давно практически общепризнанную абсурдность идеи, что мозг вырабатывает мысли или эмоции так же, как печень — желчь или островковый аппарат — инсулин, на практике

(заглянем в самые современные учебники) эта идея живет и побеждает. Здесь как бы существует некое негласное и недекларируемое соглашение, что мысли и эмоции, во всяком случае — патологические, все-таки вырабатываются мозгом, и именно на него нужно воздействовать некими химическими веществами в интересах лечения и коррекции психических феноменологий.

Возможна ли вообще сколько-нибудь эффективная терапия психических расстройств без применения адекватных природе и содержанию этих нарушений методов? То есть без методов, непосредственно апеллирующих к психике? Этот тезис не отрицает успехи психофармакологии. Она также нужна, но в комплексе с психотерапией[2].

Схема психодинамики депрессии

Как можно было бы схематически описать психодинамику депрессии? Мне удалось сформулировать 16 позиций, из которых первые 8 можно было бы отнести к бессознательным, а последние — к частично осознаваемым:

А. *Бессознательные (формирующие механизмы депрессивного реагирования)*:

1) утрата объекта любви;
2) формирование реакции на утрату объекта любви;
3) интроекция объекта любви и нарциссическая идентификация с ним;
4) нарушения дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
5) генерация агрессии, направленной на объект, но переадресованной на себя;
6) фрагментация и ослабление Эго, возможно — опустошение Эго;
7) утрата способности любить (других и себя) в сочетании с чувством вины;

[2] Более подробно об этом см.: «Методологическое значений классификации понятий нормы и патологии» в кн.: *М. М. Решетников*. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. С. 206–220.

8) переход функций интроецированного объекта из Эго в Супер-эго и трансформация последнего в карающую инстанцию.

Б. *Частично осознаваемые (запускаемые конкретной психотравмирующей ситуацией)*:

9) появление ощущений, связанных с «беспричинной» душевной болью;
10) обобщенное обращение всех враждебных чувств (к объекту) на себя;
11) разрушение катексированного образа себя и своей идентичности;
12) углубление конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
13) формирование садистически-мазохистической установки и позиции;
14) развитие дефекта самооценки, не имеющей никаких внешних источников «подпитки»;
15) снижение общей энергичности личности;
16) вынужденный частичный или полный отказ от активной деятельности.

В процессе терапии депрессии можно обнаружить практически все компоненты ее психодинамики, но здесь нет четкой последовательности стадий, так как мы никогда не знаем, какая из патологических психодинамических структур будет реактивирована в процессе той или иной сессии или даже той или иной части одной и той же сессии. Терапевту все время приходится быть в напряжении, чтобы избежать ошибочных решений, фраз или действий. Мне не всегда это удавалось и удается. Но чем чаще вспоминаешь о своих просчетах и ошибках, тем легче работать с такими пациентами.

Хотя в предыдущем абзаце отмечено, что «здесь нет последовательных стадий», но тем не менее попытаемся выделить нечто общее и также весьма осторожно высказать гипотезу, что инволюция депрессивного процесса в терапии в чем-то повторяет (правда, в обратном порядке) последовательность нарушений развития нормальной психодинамики; в частности, можно было бы выделить такие стадии терапии:

1) вытеснение интроецированного объекта из Супер-эго и восстановление собственного Супер-эго пациента при поддержке Супер-эго терапевта;
2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции;
3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности;
4) восстановление более-менее объективной оценки себя и объекта, а также способности (вначале потенциальной) полюбить других и себя при одновременной редукции чувства вины и проецировании ее вовне (в том числе на терапевта);
5) переадресация агрессии на объект (и — временно — на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его;
6) «реинтроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки;
7) некоторое повышение общей энергичности личности;
8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
10) обретение новых объектов любви и привязанностей.

Естественно, что на каждой из этих стадий терапевт работает прежде всего с сопротивлением и защитами пациента.

Содержание терапии

Начальный период

Вначале мы встречаемся со всей гаммой типичных жалоб пациента, блестяще сформулированных Фрейдом, но всегда индивидуально окрашенных. Затем (очень медленно) пациент смещается к истокам травмы, но делает это как бы «вскользь», бессознательно отталкиваясь от нее и перемещая свое внимание на более поздние и менее травматичные события. Нередко первичная травма относится к эдипальному и даже доэдипальному периоду. Но ее природа и содержание, как правило, первично опознаются терапевтом на основе более поздних «болезненных повторений». Терапевтический процесс идет почти по ленинской формуле: «Шаг вперед — два шага назад». При наличии ранней психической травмы мы почти во всех случаях сталкиваемся не с одним каким-то утраченным объектом, а с целой серией утрат (родительского генеза, возлюбленных, друзей, подруг и т. д.), объединенных «единым сценарием». Наиболее частый вариант ведущего поведенческого паттерна: бесконечный и безуспешный поиск замены утраченному (как правило, в раннем детстве) объекту. Этот новый объект или серия новых объектов (на какой-то период времени) кажутся пациенту блестящей заменой утраченному и вызывают высочайшую интенсивность чувств. С закономерным последующим разочарованием и столь же закономерной утратой (отказом от) этого «эрзац-объекта». Каждый раз пациенты прилагали огромные усилия, чтобы избежать этой ситуации, но вне терапии это очень редко удается (множество утраченных дружб и привязанностей — характерная особенность до-терапевтического периода).

Далеко не сразу можно сделать попытку предложить пациенту найти нечто общее в этих ситуациях и болезненных повторениях. Как представляется, это лучше делать в форме вопроса: «Что-то есть общее в этих ситуациях. Я пока не знаю — что? Не могли бы Вы попытаться это найти?» В этом вопросе нет манипуляции, так как то общее, что найдет пациент, скорее всего, вам даже не пришло бы в голову. Я, чем дальше, тем больше, стараюсь не обобщать за пациента, а предоставлять ему это безусловное право.

Общим для содержания материала таких пациентов во многих случаях является никогда ранее не высказанная и не отреагированная боль, а также множество прямых и косвенных свидетельств «привычных» амбивалентных чувств в отношении близких людей, что в свою очередь приводит к постоянному ощущению вины и обмана (этих значимых близких). Далее, отсюда вытекает стремление к самонаказанию, и одновременно страх наказания со стороны любимо-ненавидимого объекта. Для этих ситуаций больше подходит определение даже не «наказание», а «возмездие». В результате — и в терапии, и в отношениях с терапевтом (в переносе) — мы постоянно сталкиваемся с ненавистью, конфликтующей с любовью. Но это

позволено только пациенту, и этим его амбивалентным чувствам мы имеем право противопоставить только бесконечное терпение, понимание, принятие и защиту. Все мои попытки конфронтации, в том числе — пациента с самим собой, как правило, только отбрасывали нас назад. Техника отзеркаливания, о которой пишет Х. Стерн (с. 166), как вариант конфронтации также не всегда оказывалась адекватной, в отличие от техники присоединения (в начале терапии) — почти всегда эффективной.

Другой характерный компонент материала пациента обычно связан с периодом до манифестации депрессии. Как правило, этот материал демонстрирует попытки «бегства» от болезненных переживаний с множеством быстро сменяющихся вариантов «лихорадочной деятельности». Это может быть учеба или работа, развлечения или пьянство, карьера или секс и т. д. Но практически во всех случаях это может быть квалифицировано как вариант защиты гиперактивностью. Предъявляя этот материал, пациент, безусловно, рассчитывает на осуждение или поощрение. Мы же — только принимаем его, каковы бы ни были его содержательные характеристики и как бы они ни соотносились с общепринятыми нормами морали и нравственности.

Если депрессия острая, то есть следует сразу за реальной или фантазийной («внеочередной», но значимой) утратой, мы можем ожидать более быстро развивающийся позитивный трансфер (как средство замещения объекта). Однако это замещение часто коренится в магическом ожидании любящего, заботливого и всемогущего воплощения первичного объекта. Непосредственной реакцией может быть временно приподнятое настроение, чрезмерная идеализация терапевта и стимуляция надежды и ожидания, что все будет хорошо. Нередко со столь же быстрым разочарованием.

Это закономерно почти во всех случаях: в процессе регресса и формирования переноса пациент начинает разочаровываться в себе и в терапевте (но здесь присутствует и позитивный компонент, так как это первый шаг к разочарованию и в утраченном некогда объекте). Попытки обесценивания терапии и терапевта предпринимаются на протяжении почти всей работы. И это нужно принимать. Несмотря на все ваши усилия, пациент может чувствовать себя иногда даже хуже, чем до начала терапии. О такой возможности лучше сказать

ему до начала работы, объяснив, что прошлые переживания могут не только вспоминаться, а как бы заново проживаться в полной мере. Вряд ли эта апелляция к рациональности будет воспринята, тем не менее пациент должен быть предупрежден и должен согласиться, что он готов к тому, что терапия может быть болезненной сама по себе. Первый этап — самый главный и самый важный, и его первостепенная задача — удержать пациента в терапии, так как в случае неудачи он, скорее всего, больше никогда не отважится на повторную попытку.

Средняя часть

Терапевт не раз почувствует, что все его попытки наполнения опустошенного и расколотого Эго — это отчасти сизифов труд, то же самое, что пытаться наполнить расколотый сосуд, но нужно делать это снова и снова, надеясь, что хоть что-то «осядет» на его стенках и позволит постепенно «склеить» эти черепки. Фактически, здесь можно говорить о создании «нового» Эго, определение которого можно было бы дать и без кавычек, так как, если утрата была в раннем возрасте, реального «взрослого» Эго у пациента практически никогда не было. По мере его формирования главным становится все та же потребность в любви, предчувствие любви, проекция этого предчувствия на терапевта и страх этого неизвестного ранее чувства, так же как и страх потерять еще раз. В результате почти весь период терапии окрашен амбивалентностью и недоверием, с очень медленным смещением к позитивному полюсу отношений.

Чувство полной беспомощности пациента присутствует на протяжении большей части терапии, и его очень сложно переносить. Так же как и чрезвычайно трудно понять — как сильно он страдает. Это особенно трудно, как уже говорилось, если вы хотя бы раз не пережили подобные чувства в связи с аналогичными событиями.

Многие авторы отмечают, что целесообразно помочь пациенту и даже провоцировать его на то, чтобы выплакать горе. В наблюдаемых мной случаях это происходило как-то само по себе и чаще — по инициативе пациента, но нельзя не признать важность этих «целительных слез». И даже если пациент сквозь эти слезы посылает вам проклятия — это уже проявление особого доверия к вам как к терапевту.

Когда это случается, мы, как и все нормальные люди, чувствуем потребность утешить, но этого не следует делать, тем более что часто утешить бывает просто невозможно. Величайшая услуга, которую мы можем оказать пациентам в этих обстоятельствах, — оставаться с ними и просто *разделять их горе*.

Пациенты часто сообщают нам, что по мере терапии они начинают чаще плакать «без видимой причины». И это правда, так как эти слезы выглядят как скорбь и все же — еще не соприкасаются с реальной скорбью. Они соприкоснутся с ней, когда вы доберетесь до конфликта между любовью и ненавистью, и лишь оплакав этот конфликт, пациент сделает еще один шаг к облегчению своих страданий. Еще раз проясню этот вопрос: когда прорвется страдание и ненависть не к себе (как замене утраченного объекта), а непосредственно к объекту — мы увидим совсем другие слезы и услышим совсем другие слова (вплоть до нечеловеческого крика сквозь рыдания). Самое трудное здесь — не испугаться, а принять и то и другое.

Укрепление Эго сопровождается усилением сопротивления, в том числе — сопротивления терапии, что составляет практически постоянный компонент ее средней части, проявляясь длительными периодами молчания, нежеланием что-либо обсуждать или концентрацией всей сессии на банальных вещах. Нередко это сопровождается фразами типа: «Должно быть, Вы сильно во мне разочарованы?». Несложно дать этому интерпретацию, так как на самом деле пациент хотел сказать, что это он разочарован в своем терапевте и терапии. И об этом можно спросить: «Мне кажется, у Вас больше оснований быть разочарованным во мне. Мне пока не так уж много удалось сделать для Вас», — одновременно снимая чувство вины с пациента. Концентрация на банальных вещах или пересказ малозначимых событий — это еще и симптом потребности пациента в «отдыхе». И мы принимаем этот «запрос», не интерпретируя его. Терапия всегда ведется со скоростью, приемлемой для пациента.

По мере формирования дифференцированной оценки себя и объекта (на фоне уже устойчивого переноса) нередко вновь возрождается повторяющаяся модель нарциссической обиды, но теперь уже на терапевта (и — традиционно — еще раз на себя). Типичные выражения по отношению к терапевту: «Вы просто мучаете меня», «Вам нравится причинять мне страдания». По отношению к себе это обычно проявляется в вопросах, обращенных к терапевту, типа: «Неужели Вам не противно?» или «Меня удивляет, что мы все еще копаемся в этом дерьме!» и т. д. Вряд ли целесообразно это интерпретировать, отрицать или отвергать. «Почему мне должно быть противно?» или «Там все еще что-то зарыто?» — и другие подобные вопросы представляются наиболее приемлемым способом постепенного преодоления этой ситуации.

По мере развития отношений с терапевтом пациент неизбежно осознает, что у терапевта есть недостатки и он не является бесконечно принимающей, дающей и всемогущей фигурой, какой он представлялся пациенту раньше (как некий вариант «идеального объекта»). Тогда может вновь проявиться враждебность и чувство, что терапевт не оправдал возложенные на него ожидания. Но так как перенос уже достаточно силен, пациент может попытаться справиться с очередной ситуацией безнадежности, подавляя сомнения относительно терапевта и пассивно подчиняясь ему с почти исходной садомазохистической зависимостью. Враждебность при этом трансформируется в чувство вины (уже перед терапевтом и его усилиями), и в результате депрессия может возобновиться в той же степени или стать даже больше, чем прежде. Но — в отличие от начала терапии — без попыток ухода из нее: наоборот, пациент будет отчаянно цепляться за терапевта из страха пережить еще одну утрату объекта. И тогда терапия может приобрести такой специфически садомазохистический характер. Чтобы этого не случилось, терапевту целесообразно исходно предпринимать особые усилия по деидеализации собственного образа, вплоть до некоторого самоуничижения: «Я знаю, что я не самый лучший терапевт, но я хочу помочь Вам; если и Вы будете помогать мне в этом».

В средней части терапии нередко усиливается чувство беспомощности, которое, естественно, проецируется на терапевта и проявляется фразами типа: «Никто не может мне помочь». Попытки демонстрации «психотерапевтического всесилия» здесь вряд ли уместны. Более подходящим на данном этапе является демонстрация своего желания помочь: «Я хотел бы Вам помочь, и я надеюсь, что я смогу это сделать. Но и Вы уже кое-что можете».

Когда появляются первые признаки интеграции Эго (в частности, в форме критического Эго, обращенного на объект), открываются новые возможности, и именно на этом этапе мы начинаем прорабатывать, «конвертировать» и очень постепенно транслировать в сознание бессознательные процессы, включая идеализацию и агрессивное желание уничтожить объект и аналитика, идентификацию с ними и отвержение, агрессию и самопожертвование, что приносит некоторое улучшение, но отнюдь не приводит к немедленному избавлению от страдания.

Вероятность успеха все еще очень далека. Столь желанная конвертация бессознательного в сознание — лишь первый шаг к успеху. Но именно на этом этапе утраченный объект становится осознаваемым, а межличностный контекст начинает критически переосмысливаться, что снижает интенсивность направленных на них чувств.

Завершающий этап

Он всегда чрезвычайно индивидуален и обычно связан с длительным периодом недоверия, и уже почти исключительно по отношению к аналитику. Различия между отношениями двух значимых объектов — ненавистного и любимого утраченного объекта (со всей гаммой чувств неприятия, нелюбви и пережитого пациентом унижения), с одной стороны, и уважительное и принимающее отношение аналитика (замещающего утраченный объект), с другой — эти различия слишком велики, слишком разительны, чтобы в это можно было поверить.

Пациент вновь и вновь будет испытывать на прочность ровность и надежность отношения аналитика (делая это, безусловно, бессознательно). И аналитику будет чрезвычайно трудно поддерживать и сохранять эти новые, уже существующие, но пока малоизвестные пациенту отношения.

Повторим еще раз, что один из важных корней депрессии связан с чувством утраты и скорбью, которая никогда до этого не была осознана, вербализована и, следовательно, проработана. Главная задача проработки: достижение такого состояния, когда пациент постепенно приобретает способность вербализовать ранее не поддающиеся выражению, а затем ярко выраженные (которые иногда возможно только выкричать) гнев и отчаяние — в их неосложненный форме. И тогда наступает переходный этап: от тяжелой депрессии к обычной человеческой печали.

Но даже при приближении к окончанию терапии, несмотря на длительную совместную работу и реальное ощущение появления «света в конце тоннеля», пациент тем не менее хотел бы быть разочарованным в аналитике, так как это позволяет ему не обесценивать свое (обычно многолетнее) страдание, свое «обладание лишенностью», от которого мы хотели бы его избавить. И здесь снова требуются не интерпретации, а огромная выдержка и терпение. Отношения с пациентом в этот период могут приобретать характер гораздо менее нейтрально-аналитических, но, безусловно, понимающих и принимающих.

Очень важно не пропустить, когда пациент замечает в себе что-то новое. Например, в работе с одной из пациенток ключевым моментом были ее слова о том, что недавно она научилась отличать, когда просто расстроена, а когда опять впадает в депрессию. Раньше, добавила она, ей не удавалось распознавать это.

Но и проработка — это еще не конец. Как показывает опыт — это не самое радостное ощущение для пациента, когда он наконец понимает, что потратил значительную часть своей жизни на переживание отсутствия или утраты близости с тем или иным объектом. Это может быть причиной еще одного витка для нарциссической обиды, обвинений и т. д., хотя реализуемых уже в большей степени на сознательном уровне.

В этот период в отношениях должны преобладать эмпатия и поддержка, при этом не стоит (видя такое улучшение) настаивать на большей самостоятельности пациента. Он сам придет к ней, и в свое время. Принятие утраты как чего-то оставшегося в прошлом может еще долго оставаться болезненным, и кроме того, оно может осложняться новым чувством вины, но теперь уже не перед утраченным, а перед оставляемым объектом («Теперь я бросаю, как когда-то бросили меня. Я такая же дрянь!»).

Некоторые особенности эдипальной депрессии

В дополнение к представлениям Абрахама и Кляйн следует отметить, что депрессия может возникать не только в связи с орально-

садистической фазой, но и эдипальными чувствами более позднего периода. Особенно это характерно для случаев, когда, например, депрессивная пациентка предъявляет жалобы на невозможность установить отношения с мужчинами. Иногда эта жалоба звучит как полное отчаяние. И здесь всегда стоит задать себе вопрос: в какой степени это связано с виной «плохой матери», а в какой — ее отчаяние, вина и страх наказания связаны с инцестуозным элементом ее чувств к отцу?

В последнем случае нередко мы встречаем проявления враждебных чувств в адрес всех мужчин. И это, безусловно, проистекает из разочарования в отношениях с отцом, и в большей части случаев — разочарованием, конфликтующим с глубокой и искренней любовью к матери. В процессе терапии таких вариантов расстройств нередко возникает и неоднократно обсуждается иррациональная мысль о том, что было бы, если бы мать умерла, с последующим чувством вины и раскаяния. Вина перед матерью может быть даже вполне сознательной, но бессознательная идея и влечение все равно действуют. И в результате оказывается вообще невозможным построить нормальные отношения с мужчинами. Так как на подсознательном уровне у таких пациенток присутствует уверенность, что если они построят нормальные (желанные и принимаемые) отношения с тем или иным мужчиной (за которым всегда скрывается образ отца), то они сделают это за счет благополучия матери, которую они любят, ненавидят и... боятся. И это также может быть одним из основных пусковых механизмов депрессии: потребность выражать чувства и невозможность этого, так как это представляется реальным только за счет любимого человека.

Эдипальная по природе депрессия у мужчин также встречается, при этом депрессивный аффект возникает, когда помимо эдипального соперничества присутствует сильная привязанность к отцу в сочетании с разочарованием в нем.

Противопоказания к психотерапии депрессии

Противопоказания здесь те же, что и при любой другой форме патологии, поэтому только перечислим основные:

- отсутствие мотивации к выздоровлению и получению психологической помощи;
- на фоне предъявления многочисленных жалоб и симптомов пациент не осознает или категорически не принимает психологическую природу своего страдания;
- у пациента отсутствует заинтересованность в исследовании собственной личности, и ведущим является желание переложить всю ответственность за терапию на аналитика или во всем обвинить других;
- в процессе предварительного интервью пациент неоднократно высказывает опасения, что психологическая боль, которая будет вскрыта в терапии, может быть непереносимой для него;
- в процессе пробных сессий терапевт чувствует, что пациент не способен принимать психологическую помощь;
- рассказ пациента отражает многочисленные и различные способы отреагирования, включая алкоголизм, обращение к колдовству, экстрасенсорике и т. д.;
- в анамнезе у пациента имеются многочисленные попытки обращения к психотерапевтам и всегда с неблагоприятным исходом;
- аналитик не чувствует искренней симпатии к пациенту и его страданию (косвенное противопоказание для конкретного аналитика).

Защитные механизмы

Наиболее характерные для депрессивных пациентов защиты — вытеснение и проекция, а также конверсия (последняя особенно специфична для соматизированной депрессии). Эти механизмы хорошо известны и описаны практически во всех учебниках, энциклопедиях и справочниках по психоанализу, поэтому мы не будем на них останавливаться. Добавим только, что вытесненная ненависть, как отмечал еще Абрахам, может быть замещена собственной противоположностью: чрезмерным самопожертвованием и сверхдобротой в отношении ненавистного объекта (откуда, как отмечал Абрахам, возможно, проистекает и особый «культ материнства»). Абрахам предложил также для описания специфики отношения к матери

гипотезу о механизме репарации — «возмещении ущерба» (за тот вред, который пациент в своих фантазиях причинил матери).

Перенос

Наиболее часто встречаются идеализированный и эротический перенос, что с учетом специфики причин и развития патологии достаточно закономерно. Так как аналитик в результате переноса идентифицируется с объектом (отношение пациента к которому даже после окончания терапии остается амбивалентным), то он так же и воспринимается и испытывает всю гамму амбивалентных чувств пациента: пациент то идеализирует его и восхищается им, отвергает или, наоборот, пытается соблазнить, то предпринимает (бессознательные) попытки оскорбить, унизить и таким образом обесценить, так же как и объект. Труднее всего переносить оскорбления. Но такие попытки нужно не только принимать как должное (опять же, с минимумом интерпретаций), но даже поощрять. Здесь более уместным представляется присоединение к пациенту и фразы типа: «Мне кажется, что Вы сегодня смогли сказать то, что давно хотели выразить. Очень важно, что Вы смогли это сделать. Вероятно, что-то из сказанного действительно относится ко мне. Я тоже делаю ошибки. Но то, что Вы сказали, имеет причиной нечто большее. Поэтому я могу предположить, что не все из сказанного относится ко мне лично. Я пока не знаю к кому. Но Вы знаете... Кому еще Вы могли бы адресовать эти заслуженные упреки и ваш гнев?» Обычно состояние пациентов улучшается после терапевтической работы, прямо или косвенно связанной с выражением гнева.

Работа с эротическим и идеализированным переносом — это самостоятельная тема, которая достаточно хорошо освещена в некоторых базисных изданиях по психоанализу.

Контртрансфер

Типичные составляющие контртрансфера специалистов, работающих с депрессивными пациентами, хорошо известны: терапевту приходится постоянно контролировать свое неудовольствие, разочарование и гнев, вызванные бесконечными жалобами и претензиями пациента, его недоверием, предъявлением амбивалентных чувств и нежеланием сотрудничества. Нередко пациент демонстрирует сверхвнимание и желание сверхзаботы о терапевте, что может быть интерпретировано в рамках уже упомянутого механизма репарации, но амбивалентности у обеих сторон и здесь более чем достаточно.

Несмотря на естественное желание терапевта избежать всей гаммы предъявляемых пациентом негативных чувств, иногда целесообразно провоцировать его гнев в отношении самого себя, осознавая, что он лишь направлен на терапевта, хотя предназначен, как отмечал Фрейд, тому, в ком пациент нуждался или по-прежнему нуждается, любил или любит и в чьей любви обманут. Тому, кому пациент никогда не мог и, скорее всего, никогда не сможет высказать всей обиды.

Со всей очевидностью и совершенно искренне можно признать за депрессивным пациентом самые высокие чувства: сколько бы он ни высказывал гнева в отношении объекта или терапевта, он скорее убьет себя, чем сможет причинить вред другому человеку. Но поскольку контртрансферные чувства в подобных случаях очень сильны, самый большой вред причиняет себе тот терапевт, который не прибегает к систематической поддержке коллег в форме супервизий.

Нина Савченкова

Обладание лишенностью

Не спите больше! Макбет зарезал сон!

У. Шекспир. Макбет. II. 2

Уж не потому ли, что я сказал нечто несуразное: «огорчать, удовольствие»?

реплика Сократа
в диалоге Платона «Филеб»

Работа З. Фрейда «Скорбь и меланхолия», принадлежащая зрелому периоду творчества и потому представляющая собой фрагмент открытого психоаналитического поля, переплетенных и взаимосвязанных размышлений, содержит в себе целый ряд загадок/неясностей, связанных с аналитической интонацией автора, с характером задаваемых им вопросов, выдвигаемыми тезисами полупоэтической природы и, наконец, с самой внутренней логикой размышлений Фрейда. В этом тексте неуловимо, как некий аромат, присутствует грамматическая неправильность, свойственная, надо заметить, наиболее изощренным и интересным интеллектуальным реализациям Фрейда. Подобные легкие аберрации в языке мысли мы можем встретить у таких глубоко погруженных в собственное бессознательное авторов, как Шекспир и Платон. Именно они оттачивают и провоцируют наше читательское внимание в наибольшей степени.

Фрейд начинает с якобы простой аналогии между двумя состояниями: скорбью и меланхолией. Они, во-первых, похожи по своим проявлениям; и то, и другое сопровождается дурным настроением, заторможенностью всякой продуктивности, потерей интереса к внешнему миру, утратой способности любить. Во-вторых, возникают как реакция на утрату чего-либо бесконечно ценного

(любимого человека, родины, свободы — то ли иронически, то ли серьезно развивает перечисление Фрейд). Тем не менее, скорбь не считается патологическим состоянием, а меланхолия рассматривается как безусловно таковое. Кроме того, Фрейд подчеркивает, что скорбь принципиально понятна в механизме своего возникновения и протекания, тогда как в меланхолии есть нечто от понимания ускользающее, нечто абсурдное.

И вот здесь появляются так называемые «маленькие различия». Погружение в меланхолию, действительно, связано с утратой. Но, в отличие от скорби, речь не идет о «реальной утрате близкого человека» — меланхолия весьма своеобразно обращается с реальными причинами. Как выражается Фрейд, в этом случае имеет место «более идеальная по своей природе потеря... предположение о такой потере вполне правильно, но нельзя точно установить, что именно было потеряно, и тем более можно предполагать, что и сам больной не может ясно понять, что именно он потерял. Этот случай может иметь место и тогда, когда больному известна потеря, вызвавшая меланхолию, так как он знает, кого он лишился, но не знает, что он в нем потерял». Любопытная в логическом отношении ситуация неизвестности утраченного позволяет прочесть меланхолию и противоположным образом: не через лишенность обладания, но через «обладание лишенностью». Тогда скорби как утрате сверхценного объекта противостоит меланхолия как логически парадоксальная ситуация обретения объекта, предельно обесцененного, которую вполне мог бы предварить вопль: «Не спите! Гламис зарезал сон, и впредь отныне Кавдор не будет спать, Макбет не будет спать!».

Фрейд определенно обращает внимание на тяготение меланхолического состояния к универсальности. Меланхолия автономна, самодостаточна и тяготеет к замыканию в психодинамическое единство характера. Ей присущи масштаб, театральность и абсурдность. Фрейд говорит о «величественном оскудении Я», а также о «психологически в высшей степени примечательном преодолении влечения, благодаря которому все живое продолжает жить». Если скорбь в итоге подчиняется принципу реальности, то меланхолия в своем развитии явно следует путем парадокса. При скорби психическая заторможенность и потеря интереса к миру понятны— мир опустел. «Меланхолическая же заторможенность производит на

нас загадочное впечатление, ибо мы не в состоянии понять, что же в столь полной мере поглощает больных». Читая описание Фрейда, трудно избавиться от ощущения, что меланхолия есть некое напряженное восхождение. Меланхолик, действительно, перестает спать, он входит в бесконечно бодрствующее состояние, которое на самом деле отнюдь не свидетельствует о трезвой работе сознания, но скорее представляет собой длящуюся дневную грезу. Состояние сна в этом случае неотличимо от состояния бодрствования и мы в равной мере можем утверждать, что меланхолик не так чтобы не может уснуть, а просто перестает просыпаться. «Утрата, недоступная сознанию» или же «обладание чистым отсутствием» структурирует меланхолию и превращает ее в транспарентное состояние — состояние, в котором бессознательное говорит прямой речью, говорит о себе правду, не пользуясь символами сновидений.

То, что говорит меланхолик, представляет собой весьма интересный феномен. В связи с резким снижением самооценки (чего нет при скорби), меланхолические тексты выглядят как однообразные потоки самообвинений, несоразмерные реальным качествам субъекта. Противоречить больному, с точки зрения Фрейда, бессмысленно прежде всего потому, что в этих текстах высказывается истина его расстройства, «по-своему он прав и выражает что-то сложившееся, что обстоит именно так, как ему кажется». Любопытно только, что вроде бы явное намерение его речи — признание, самоуличение — не соответствует характеру ее развертывания: меланхолик совершенно не испытывает стыда. Ситуация совершенно абсурдная: это как если бы Раскольников произносил сакраментальное «я убил», подмигивая, читая газету или жуя бутерброд. Адекватный мотив меланхолической речи восстанавливается лишь в том случае, если предположить, что целью субъекта в этом случае является не признание, но самопознание; а поведение меланхолика суть поведение самопознания. Но тут Фрейд очень осторожен. Он говорит, да, «меланхолик воспринимает истину острее остальных, немеланхоликов», но беда в том, что он воспринимает ее саму по себе, вне связи с человеческим контекстом — «и мы лишь спрашиваем себя, почему нужно сначала заболеть, чтобы подобная истина (надо полагать, чистая истина, истина как таковая — *Н. С.*) стала доступной». Ведь если человеку вдруг становятся абсолютно очекидны все человеческие недостатки, мы назовем его больным, не рассматривая степень истинности этого откровения. Некорректность когнитивной позиции меланхолика заставляет Фрейда всматриваться в более тонкие дифференции этого состояния.

Фрейд замечает, что если «терпеливо выслушивать различные самообвинения меланхолика», то можно прийти к следующим выводам: во-первых, меланхолик говорит не о себе — с небольшими изменениями его слова гораздо больше подходят тем, кого «больной любит, любил или должен был любить» (обратим внимание па эту замечательную неопределенность); и вторoе, несмотря на однообразие жалоб, все они «имеют различные бессознательные основания». Первое наблюдение, по мнению Фрейда, дает ключ к разгадке основного противоречия, возникающего в контексте рассуждения о скорби и меланхолии. (Если верить принципиальной аналогии — причина меланхолии имеет отношение к утрате объекта; если верить словам меланхолика — причиной является утрата его собственного Я.) Расщепление адресации в жалобах больного свидетельствует и о расщеплении внутри Я. Гипотеза Фрейда состоит в следующем: когда отношения с объектом по той или иной причине потерпели крах, оказалось невозможным оторвать от него либидо и перенести на другой объект, вследствие чего оно регрессировало к Я. В результате Я расщепилось: в нем выделилась критическая инстанция, а другая часть отождествилась с утраченным объектом и подверглась трансформациям. Так утрата объекта превратилась в утрату Я.

Этот фрагмент рассуждения Фрейда вызывает наибольший теоретический интерес, который можно выразить, по крайне мере, в трех вопросах. Как происходит отвод либидо от объекта? Почему невозможен перенос либидо на другой объект? Что представляет собой «объектная трансформация Я»? К первому вопросу Фрейд сам возвращается в финале своей статьи и весьма знаменательным образом. «Быстро выговаривается и легко записывается на бумаге, что “бессознательное представление объекта покидается либидо”. Но в действительности это представление выглядит как сумма несчетных отрывочных впечатлений (их бессознательных следов), и отвод этого либидо не может быть кратковременным процессом... Нелегко определить, начинается ли он во многих местах одновре-

менно или содержит какую-то определенную последовательность; при анализе можно часто констатировать, что активизированы то те, то другие воспоминания и что идентичные, утомляющие своей монотонностью жалобы проистекают все же всякий раз из нового бессознательного основания».

То есть, либидо покидает объект медленно и трудно и, судя по всему, в случае меланхолии, может покинуть его только ради Я, — либидозные потоки навсегда замыкаются в отношениях между Я и объектом, жизнь субъекта синхронизируется с этой первичной экономикой либидо. Если следовать внутренней логике текста, мы должны были бы просто сказать, что отвод либидо от объекта невозможен. Парадокс меланхолии в том, что мысль о невозможности утраты превращает угрозу утраты в бесконечно более значимый факт, чем любое ее конкретное исполнение. И, конечно, только утрата как онтологическая возможность, отсутствие как логический факт делают таким неуловимым переход от утраты объекта к утрате Я. (Легко заметить, что в силлогизме, пытающемся заключить от утраты объекта к утрате Я, только один средний термин.)

Происходит объектная трансформация части Я, которая описывается Фрейдом в следующих поэтических и стратегических терминах: «тень объекта падает на Я» или «хотя при регрессии объект бывает уничтожен... но он оказывается мощнее, чем само Я», «объект берет верх над Я», «Я рассматривает само себя как объект». Во всех этих случаях «объект» может быть безболезненно заменен на «предмет утраты». Такой объект утрачен еще до того момента, когда субъект осознает, что же, собственно, находится в его обладании. Утраченный объект подобно прустовскому «утраченному времени» становится единственным способом бессознательного мышления и бессознательного конституирования самого Я. (Любопытно, что фрейдовская реконструкция меланхолического опыта как будто пребывает в диалоге со знаменитым гносеологическим построением Платона, воспроизведенным впоследствии Августином Блаженным. И Платон, и Августин уверены: мы можем знать только то, что уже известно нам каким-то образом, ровно так же как можем стать только тем, чем уже являемся. Фрейд, напротив, описывает ситуацию непрогнозируемого становления, причина и основа которого — аффективно заряженная предметность, лишенная имени.)

Неудивительно, что обсуждение вопроса о меланхолии неизбежно смещается в аффективную сферу, где правом действия обладает уже не Я, но любовь и ненависть как таковые. Здесь ненависть способна нанести ущерб любви. И, в частности, основанием для регрессии либидо к Я также становится необходимость сохранения любви как таковой, ибо и она, подверженная влияниям Утраты, оказывается под угрозой несуществования. Фрейд говорит так: «При меланхолии завязывается множество поединков за объект, в которых борются друг с другом ненависть и любовь, первая, чтобы освободить либидо от объекта, вторая, чтобы под натиском сохранить позицию либидо. Эти поединки мы не можем перенести ни в какую другую систему, кроме как в бессознательное, в империю запечатленных, материальных следов воспоминаний». В этом фрагменте грамматическая неправильность, на которую обращает внимание Сократ, и которая останавливает глаз также в шекспировском тексте (открытие Макбета— «Макбет зарезал сон» — явно не соответствует событиям фабулы, мы знаем только, что он зарезал спящего Дункана) — проговаривается и мотивируется Фрейдом. Я не распоряжается своими аффектами. Меланхолик— это человек, «удовольствие которого огорчено». На территории Утраты аффекты сталкиваются и вступают друг с другом в непосредственные взаимоотношения, в результате которых структура аффекта сохраняется, а смысл меняется на противоположный. В психоэкономическом отношении подобное преобразование должно завершиться освобождением значительных количеств накопленной связанной энергии, что в контексте фрейдовского размышления может быть понято как боль (физическая, а затем и аналогичная ей душевная, — замечает Фрейд).

Тем самым функции меланхолии постепенно проясняются. Вспоминая озабоченность современной культуры проблемой боли, а именно, бесчисленными фальсификациями страдания, попыткой выдать за боль саму мысль о боли, гипотетически предположим, что меланхолия это не мотивированное внешними причинами парадоксальное психическое состояние, занятое конституированием душевной боли как боли (чистая боль, вероятно, возможна не в меньшей степени, чем чистая мысль) и в этом смысле представляет собой некую личностную школу аффекта, принудительно обучаясь в которой, человек продвигается к более подлинному чувствованию.



ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА

Лицензия Министерства Образования РФ № 24-0426 от 4.06.2001
Свидетельство о Государственной аккредитации № 0106 от 19.07.2001

Восточно-Европейский Институт Психоанализа учрежден в 1991 году и является первым высшим учебным заведением подобного профиля в России, реализующим полномасштабную психологическую и психоаналитическую подготовку специалистов, включая первое и второе высшее образование, профессиональный тренинг психологов и психотерапевтов, а также супервизорскую поддержку начала их практической деятельности.

Институт осуществляет ежегодный набор лиц для подготовки:

- на базе полного среднего образования — по специальности «Психология» и специализации «Клиническая психология» (дневная форма обучения — 5-летний курс; вечерняя и заочная формы — 6 лет);
- на базе высшего образования — по специальности «Психология» и специализации «Клиническая психология» и «Психоанализ» (вечерняя и заочная формы обучения — 3-летний курс).

В рамках дополнительной послевузовской подготовки в Институте действуют специализации:

- «Психология и психопатология терроризма и локальных войн»;
- «Посттравматические стрессовые расстройства»;
- «Клинический психоанализ и психотерапия»;
- «Групповой психоанализ»;
- «Детский психоанализ»,
- «Прикладной психоанализ» (социология, политология, педагогика, реклама и т. д.).

По завершении обучения выдается государственный диплом Министерства образования РФ в соответствии с государственной лицензией и аккредитацией ВУЗа — по специальности «Психология. Преподаватель психологии» (020400) и полученной специализации.

Обучение на старших курсах предусматривает проведение профессионального психотерапевтического тренинга на базе Учебно-методического центра Института (для владеющих английским — с супервизорами из зарубежных психоаналитических центров).

Прием на первый курс осуществляется:

- первое высшее образование — по результатам конкурсных (письменных) экзаменов по русскому языку и биологии (принимаются сертификаты ЕГЭ);
- второе высшее образование — по результатам собеседования и/или (для иногородних) изучения личных дел (включая копию диплома с вкладышем).

Перевод на последующие курсы — по показателям успешности обучения.

При высоком конкурсе кандидатов преимущественным правом зачисления на базовый цикл обучения пользуются военнослужащие и участники спецопераций МО, МВД и МЧС, а на второе высшее образование и специализации — лица, уже имеющие высшее медицинское или психологическое образование

Лекционные и семинарские занятия ведут преподаватели Института, а также специалисты из психоаналитических центров Англии, Франции, Германии, США и других стран (с синхронным переводом). Эти занятия (ежегодно около 200 часов лекций, семинаров и клинических разборов — сверх программы) предоставляются студентам Института без дополнительной оплаты.

Институт располагает современными аудиториями, компьютерным классом, читальным залом, студенческим кафе, музеем сновидений, уникальной библиотекой психологической и психоаналитической литературы на русском и иностранных языках,

включающей как классические работы по профилю деятельности Института, так и все новейшие публикации на русском, английском и немецком языках. Студенты всех курсов и потоков обеспечиваются рекомендованной к изучению специальной литературой на магнитных носителях. В Институте имеется Издательский отдел, где только за последние годы были изданы десятки методических пособий и ряд монографии, в том числе: «Современная российская ментальность»; «Психодинамика и психотерапия депрессий»; «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора»

Институт входит в число организаций, привлекаемых к разработкам и экспертизам по поручения Администрации Президента РФ и Совета Федерации РФ, а ректор Института является членом Экспертной группы «Санкт-Петербургского диалога «Путин-Шредер» и членом Экспертного совета при Председателе Совета Федерации РФ.

На базе Института ежегодно проводятся всероссийские и международные конференции по проблемам психотерапии, психологии терроризма и психоанализа, в которых в качестве зонтичных организаций участвуют также МО РФ, МВД РФ, МЧС РФ и ведущие общественные организации ученых России: Российское Социологическое Общество, Российское Философское Общество, Российское Психологическое Общество и др.

Оплата за обучение:

- первое высшее образование — эквивалентно 50 МРОТ;
- второе высшее образование — 42 МРОТ.

В отдельных случаях допускается внесение годовой оплаты по частям — 50% до начала осеннего семестра обучения, и 50% — в период до 1 марта текущего года обучения.

Кандидаты представляют в приемную комиссию: заявление, личный листок по учету кадров (или соответствующие ему сведения — анкета имеется в Институте), оригинал аттестата о полном среднем образовании или ксерокопию диплома о высшем образовании (которая заверяется в учебном отделе), 4 фото 3 × 4 см и сообщают в деканат об избранной форме обучения.

Извещения о включении в список конкретного потока направляются деканатом заблаговременно вместе с официальным вызовом. Студенты, получающие первое высшее образование, имеют право на отсрочку от службы в армии.

Отсутствие российского гражданства не является препятствием к обучению. В настоящее время в Институте обучаются более 700 студентов из России, Украины, Беларуси, Молдовы, стран Прибалтики, Голландии, Израиля, а также других стран Европы и Азии. Стоимость обучения для российских и иностранных граждан одинакова.

Адрес для переписки: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А. ВЕИП.

Телефоны для справок: учебный отдел — (812) 235-11-39; бухгалтерия — (812) 235-58-10; референт ректора — (812) 235-28-57 (+ факс).

Расчетный счет Института: высылается по запросу.

Перспективы занятости на рынке психологических и психотерапевтических услуг: на 2003 год укомплектованность системы здравоохранения дипломированными врачами-психотерапевтами и психологами составляла, соответственно, 19% и 3%. В России действует всего четыре тысячи дипломированных психотерапевтов и около восьми тысяч психологов (в сравнимых по количеству населения США, соответственно, 80 тысяч и 180 тысяч, то есть — в 30–40 раз больше).

Перспективы спроса: реальная потребность только Минздрава в дипломированных психологах составляет 60 тысяч (с 1968 года, когда в СССР были открыты психологические факультеты, по 2001 год всеми высшими учебными заведениями России было подготовлено около 10 тысяч психологов). В негосударственном секторе спрос характеризуется наличием более 300 тысяч магов, колдунов, экстрасенсов и т. д., по сути, использующих ситуацию отсутствия квалифицированных кадров.

Перспективы оплаты труда: начинающий психолог или психотерапевт психоаналитической ориентации зарабатывает в среднем около 300–500 руб. в день. Опытный специалист — до 1,5— 2,5 тыс.

руб. в день. Психоаналитики-имиджмейкеры и политологи — от 1 тыс. до 5 тыс. долл. в месяц.

Институт расположен по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., дом 18-А — в старинном особняке XIX века в центре города. Кафе-клуб «Бергассе-19», библиотека и читальный зал, кинолекторий, музей, встречи с представителями российской и западной науки и культуры в европейских аудиториях, а также оказание консультативной и терапевтической помощи на базе Учебно-методического центра доступны для всех желающих.

Проезд: от ст. метро «Спортивная» — 3 мин. пешком; от ст. метро «Петроградская» (троллейбусы № 1, 12 и 31, автобусы № 10 и 128) или от ст. метро «Невский пр.» (троллейбусы NN1 или 7) до ост. «Съезжинская ул.».

Научно-исследовательская деятельность. Институт выполняет разработки и исследования по актуальным психотерапевтическим, социально-психологическим, социально-экономическим и политологическим проблемам. За прошедший период заказчиками Института являлись Администрация Президента РФ, Правительство РФ, Министерства образования и здравоохранения РФ, Администрация Санкт-Петербурга, ведущие государственные и коммерческие структуры, а также массовые периодические издания (газеты и журналы) города и России. Сотрудниками Института издано 7 монографий и более 350 статей по актуальным проблемам психологии, психотерапии, социологии политологии, педагогики и культурологии. Все исследования проводятся с помощью современных технологий.

Состав кафедр Института:

1) Общей, возрастной и дифференциальной психологии.
2) Психофизиологии человека (с курсами биологии, анатомии и физиологии человека, генетики и математической статистики).
3) Исторической антропологии (философии и истории сознания).
4) Медицинской пропедевтики (внутренних и психических болезней).
5) Основ психотерапии (с курсом общей и медицинской этики).
6) Сексологии и сексопатологии.
7) Психологической диагностики.
8) Психоаналитической терапии.
9) Теории психоанализа.
10) Истории психоанализа.
11) Общегуманитарных дисциплин (экономики, социологии и права).
12) Иностранных языков.

Ведущие кафедры возглавляются опытными специалистами, имеющими ученые степени докторов и кандидатов наук по профилям кафедр.

Кадровый состав. В Институте работают 7 докторов и 17 кандидатов наук. Преподаватели с учеными степенями и званиями составляют 52%. Среди учредителей, преподавателей и сотрудников Института заслуживают особого упоминания такие ученые как профессор В. И. Гарбузов, профессор О. С. Дейнеко, профессор М. С. Каган, профессор Г. Ф. Сунягин, профессор А. В. Чечулин, кандидат психологических наук С. В. Авакумов, кандидат психологических наук Ю. А. Баранов, кандидат медицинских наук М. В. Екимов, кандидат медицинских наук А. И. Куликов, кандидат психологических наук И. С. Лукина, кандидат философских наук В. А. Мазин, кандидат биологических наук С. Е. Маневский, кандидат психологических наук Н. А. Муханова, кандидат психологических наук Д. С. Рождественский, кандидат психологических наук Е. В. Романова, кандидат философских наук Н. М. Савченкова, кандидат культурологии Е. Г. Сидорова, кандидат медицинских наук В. А. Шамов, врач-психотерапевт высшей квалификации А. А. Щеголев, психологи-психоаналитики и преподаватели Ю. Л. Бердникова, М. В. Мошавец и др.

Администрация Института:

Ректор Института — доктор психологических наук и кандидат медицинских наук, профессор Решетников Михаил Михайлович. Проректор по методической работе — кандидат психологических наук Муханова Надежда Александровна. Проректор по клинической работе — кандидат медицинских наук Куликов Андрей Ива-

нович. Проректор по научной работе — кандидат психологических наук Баранов Юрий Александрович. Руководитель УМЦ — кандидат медицинских наук Шамов Владимир Александрович. Главный бухгалтер — Светлана Викторовна Ткачева. Референт ректора — Наталья Владимировна Мищенко.

Информация по любым дополнительным вопросам предоставляется. E-mail: rector@oedipus.ru или veip@yandex.ru . Тел./факс: (812) 235-28-57. Web-site: http://www.oedipus.ru

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

представляет Вашему вниманию книги:

1. Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора. Сборник статей под ред. проф. М. М. Решетникова. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. — 352 с. — 160 руб.
2. Зигмунд Фрейд. Собрание сочинений в 26 томах. Том 1. Исследования истерии. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 464 с. — 290 руб.
3. Хайман Спотниц. Современный психоаналих шизофренического пациента. Теория техники. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 294 с. — 150 руб.
4. М. М. Решетников. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 326 с. — 170 руб.
5. М. М. Решетников. Элементарный психоанализ. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — XXX с. — 50 руб.
6. Х. Стерн. Кушетка. Ее значение и использование в терапии. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2002. — 210 с. — 120 руб.
7. Дж. МакДугалл. Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. — СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2002. — 308 с. — 170 руб.

Книги высылаются наложенным платежом после поступления заявки с гарантией оплаты. Заявки можно присылать по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А, издательство «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» или по электронной почте: editor@oedipus.ru

ПСИХОАНАЛИЗ ДЕПРЕССИЙ

Международный проект, подготовленный фрейдистами, юнгианцами, кляйнианцами, лаканистами, райхианцами и независимыми аналитиками

Сборник статей под редакцией проф. М. М. Решетникова

Ответственный редактор: М. Красноперова
Макет и верстка: Е. Кузьменок
Корректор: Т. Брылёва

Издательство
«Восточно-Европейский Институт Психоанализа»
197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А
Телефон: (812) 235-28-80
E-mail: editor@oedipus.ru

Подписано в печать 25.04.2005. Печать офсетная
Формат 60 × 88 $^{1}/_{16}$. Печ. л. 10,25
Тираж 1000 экз. Заказ №

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Издательско-полиграфическое предприятие
«Искусство России»
198099, Санкт-Петербург, Промышленная ул., 38/2